



УТВЕРЖДЕНО

Советом Директоров Акционерного общества
«Страховая компания «Евразия»
Протокол от «29» декабря 2016 года.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН, ВЬЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ

Настоящие правила страхования разработаны в одностороннем порядке акционерным обществом «Страховая компания «Евразия» на основании законодательства Республики Казахстан и определяют условия страхования, порядок заключения и исполнения договоров страхования граждан, выезжающих за границу, заключаемых путем присоединения к настоящим правилам страхования и выдачей страхового полиса.

Настоящие правила страхования не ограничивают правоспособности страховщика. Условия конкретного договора страхования граждан, выезжающих за границу, определяющие обязательства сторон по такому договору, определяются настоящими правилами страхования.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

- Статья 1. Общие положения и понятия**
- Статья 2. Объект страхования**
- Статья 3. Страховые риски**
- Статья 4. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования**
- Статья 5. Порядок заключения договора страхования**
- Статья 6. Порядок определения страховой суммы**
- Статья 7. Страховая премия**
- Статья 8. Франшиза**
- Статья 9. Срок и место действия договора страхования**
- Статья 10. Права и обязанности сторон**
- Статья 11. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования**
- Статья 12. Тайна страхования**
- Статья 13. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая**
- Статья 14. Порядок и условия осуществления страховых выплат. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков**
- Статья 15. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате**
- Статья 16. Переход к страховщику прав страхователя на возмещение убытков (суброгация)**
- Статья 17. Условия прекращения договора страхования**
- Статья 18. Дополнительные условия**
- Статья 19. Порядок разрешения споров**

Статья 1. Общие положения и понятия

1. На условиях настоящих Правил страхования АО «Страховая компания «Евразия», именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает Договоры страхования граждан, выезжающих за границу, путем присоединения страхователя к настоящим Правилам страхования и выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса (далее по тексту – Договор страхования).
2. В настоящих Правилах страхования употребляются следующие понятия:
 - 1) **Страхователь** – дееспособное физическое или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования.
 - 2) **Застрахованный** – 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) **Страховой риск** – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

6) **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая для возмещения убытков, причиненных страховым случаем.

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

8) **Сервисная компания** – организация, состоящая в Договорных отношениях со Страховщиком, обеспечивающая предоставление услуг Застрахованному в стране временного пребывания в соответствии с настоящими правилами страхования.

9) **Медицинское учреждение** – специализированное медицинское учреждение, с которой Сервисная компания заключила договор на оказание медицинских услуг для Застрахованных.

10) **Заболевание** – внезапное или неожиданное заболевание, начавшееся в период действия Договора страхования и вызвавшие расходы, покрываемые Договором страхования.

11) **Территория страхования** – территория, на которую распространяется действие страховой защиты Страховщика.

12) **Несчастный случай** – наступившее за границей 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.

13) **Острое заболевание** – внезапное и непредвиденное расстройство здоровья Застрахованного, вызванное воздействием внешних факторов, включая инфекционное заболевание и острое отравление, а также **внезапное обострение** хронического заболевания (покрывается страхованием только до устранения патологических симптомов и в состоянии) Застрахованного в период действия Договора страхования.

14) **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 нарушения 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

15) **Родственники** – родители, супруг (супруга), дети Застрахованного.

Статья 2. Объект страхования

1. Объектом страхования, по настоящим Правилам страхования, являются имущественные интересы Застрахованного, обусловленные страховым риском и связанные с расходами Застрахованного на получение экстренной медицинской помощи, экстренной эвакуации, расходов на перевозку тела Застрахованного в случае его смерти, возникшими в период его пребывания за границей на территории, указанной в Договоре страхования при наступлении несчастного случая либо внезапного острого заболевания.

2. Присоединением Страхователя к настоящим правилам страхования путем заключения страхового полиса Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованного (Выгодоприобретателя) на сбор и обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Застрахованного (Выгодоприобретателя), 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.

Заключением страхового полиса Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованного (Выгодоприобретателя) на распространение персональных данных в общедоступных источниках персональных данных, электронных и иных базах данных и картотеках, включая передачу таких данных третьим лицам в соответствии с требованиями законодательства РК.

Страхователь обязуется истребовать у Застрахованного (Выгодоприобретателя) письменное согласие на обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Застрахованного (Выгодоприобретателя), включая согласие на трансграничную передачу персональных данных, а также на распространение персональных данных в общедоступных источниках персональных данных, электронных и иных базах данных и картотеках, включая передачу таких данных третьим лицам в соответствии с требованиями законодательства РК.

Статья 3. Страховые случаи

1. Страховым случаем по настоящим Правилам страхования являются обладающие признаками вероятности и случайности внезапное острое заболевание либо несчастный случай приведшие Застрахованного к состоянию, указанному в п. 2 настоящей статьи, произошедшие за границей и повлекшие за собой ущерб здоровью и к расходам на получение экстренной медицинской помощи, экстренной 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 острого внезапного заболевания за рубежом исключительно нижеуказанные события:

- 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 нарушения ритма сердца);
- Расстройства органов дыхания – одышка, удушье, в результате попадания инородных тел в дыхательные пути;
- Параличи, судорожные припадки в результате несчастных случаев;
- Кровотечения, кровавая рвота, рвота и отравления пищей.
- Экстренная эвакуация в результате выше перечисленных состояний Застрахованного;
- Перевозка тела застрахованного в случае смерти в результате несчастного случая или острого внезапного 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 транспортом* 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.

Статья 4. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования

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

- 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
- 7) проведения профилактических вакцинаций и медицинских осмотров;
- 8) психических заболеваний, депрессии;
- 9) приобретения очков, контактных линз, слуховых аппаратов, любых товаров медицинского назначения (в том числе костыли, инвалидные коляски, бандажи), протезов;
- 10) косметической или пластической хирургии любого вида;
- 11) солнечного излучения;

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

- 12) диагностики и лечения венерических заболеваний, СПИДа, заболеваний, передающихся половым путем,;
- 13) лечение в санаториях, лечебницах, домах отдыха и других организациях медицинского или санаторно-курортного типа, реабилитационные мероприятия;
- 14) беременности и любых осложнений беременности, а так же, аборт (в том числе самопроизвольных) за исключением вынужденного прерывания беременности в результате несчастного случая;
- 15) ортопедического протезирования, в том числе по любому виду стоматологического протезирования;
- 16) инфекционных заболеваний, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией и/или являющиеся следствием нарушения, Страхователем (Застрахованным) профилактических карантинных мероприятий после контакта с носителем;
- 17) обследования, анализов, приема медицинских препаратов, выходящих за пределы необходимости и достаточности по мнению врачей сервисной компании (представителя страховщика) назначенных для устранения патологических состояний и симптомов при которых показаны экстренная помощь;
- 18) стоматологической помощи, за исключением экстренной, указанной в настоящих Правилах страхования;
- 19) лечения нетрадиционными методами (гомеопатия, мануальная терапия, массаж), восстановительного (реабилитационного) лечения, физиотерапевтических методов лечения;
- 20) последствий алкогольных, наркотических или токсических интоксикаций;
- 21) последствий самоубийства или попытки самоубийства, членовредительства;
- 22) гонках любых транспортных средств (данный пункт не распространяется на лиц, застраховавших по Разделу 2 страхование выезжающих за границу с целью участия в соревнованиях, только если предметом соревнований являются гонки транспортных средств на соревновании);
- 23) искусственного оплодотворения, лечении бесплодия, предупреждение зачатия;
- 24) любой гражданской правовой ответственности за причинение вреда третьим лицам, в том числе гражданско-правовая ответственность автовладельца за причинение вреда третьим лицам;
- 25) ущерба жизни и здоровью в состоянии любого опьянения (наркотического, психотропного, алкогольного, лекарственного)
- 26) самолечения, назначения и проведения лечения членом семьи Страхователя (Застрахованного);
- 27) ятрогенных заболеваний, если они вызваны действиями врача, не уполномоченного Страховщиком;
- 28) если острое внезапное заболевание либо травма, приведшие к расходам возникли вне территории страхования;
- 29) службы или прохождения соответствующего обучения в военных и правоохранительных органах;
- 30) отказа Страхователя (Застрахованного) от эвакуации в сторону постоянного жительства в тех случаях, когда она разрешена и необходима по медицинским показаниям;
- 31) добровольного отказа Страхователя (Застрахованного) от выполнения предписаний врача, полученных им, в связи с обращением по поводу страхового случая.

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;
 - 4) перевозка тела инвалида, онкологически, хронически больного лица, либо 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, если ущерб был прямым следствием такого опьянения;
 - 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) если путешествие было предпринято с целью получения лечения;
 - 10) сообщения Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений о своем здоровье и/или объеме и стоимости оказанных ему медицинских услуг;
 - 11) проведения медицинских манипуляций врачом или медсестрой, которые не являются обязательными для диагностики и лечения данного заболевания;
 - 12) восстановительного лечения или физиотерапии, если это не обусловлено наступлением несчастного случая или обострением хронического заболевания;
 - 13) связанных с предоставлением дополнительного комфорта (палаты типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика);
 - 14) проведения профилактической вакцинации, дезинфекции, врачебной экспертизы;
 - 15) если лечение осуществлялось родственниками Застрахованного;
 - 16) 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: сафари, дайвинг, рафтинг, скалолазание и другие), любительским или профессиональным спортом, исключая случаи страхования лиц, которые выехали за рубеж с целью участия в**

спортивных мероприятиях и приняты на страхование согласно Разделу 2 страхования выезжающих за рубеж для участия в спортивных мероприятиях.

Статья 5. Порядок заключения договора страхования

1. 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) сведения, имеющие существенное значение для оценки страхового риска, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику;
- 5) телефон близкого родственника, с которым можно связаться при необходимости;
- 6) перечень покрываемых страхованием расходов и услуг;
- 7) наличие заболеваний, в том числе хронических, онкологических, наличие инвалидности, наличие беременности.

2. 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.

3. Страховщик при выявлении факта сообщения Страхователем ложных сведений либо сокрытия сведений Страховщику последний отказывает в осуществлении страховой выплаты.

4. Договор страхования заключается в письменной форме путем выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса (Приложение № 1), при этом выезжающие за границу с целью исключаяющей участие в спортивных мероприятиях страхуются согласно разделу 1 в страховом полисе, а выезжающие за границу с целью участия в спортивных мероприятиях страхуются согласно Разделу 2, что указывается в страховом полисе.

5. Застрахованному запрещается передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими услуг по Договору страхования.

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.

6. При утрате страхового полиса, Застрахованный должен незамедлительно 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, выдает дубликат Договора страхования.

Статья 6. Порядок определения страховой суммы

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.

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.
2. Размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, рассчитывается согласно страховым тарифам, определяющим ставку страховой премии, взимаемой с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования, расходов и услуг, покрываемых страхованием и срока страхования, а также в зависимости от Раздела страхования в страховом полисе (Раздел 1 страхование выезжающих за границу с целью исключаяющей участие в спортивных мероприятий, Раздел 2 страхование выезжающих за границу с целью участия в спортивных мероприятиях).
3. Страховая премия подлежит оплате Страхователем единовременно или в рассрочку в виде периодических страховых взносов, в наличной или безналичной форме.

Статья 8. Франшиза

1. Франшиза — предусмотренное условиями страхования освобождение страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера.
2. Франшиза безусловная (вычитаемая из суммы страховой выплаты в любом случае). Размер франшизы оговаривается в Договоре страхования, при этом ущерб во всех случаях возмещается за вычетом установленной суммы.
3. Франшиза устанавливается либо в процентах к страховой сумме, либо в абсолютном размере.
4. Размер франшизы устанавливается для каждого конкретного случая, раздела страхования -

Статья 9. Срок и место действия договора страхования

1. Договор страхования заключается на одну конкретную поездку (путешествие, поход, экскурсию, командировку) Страхователя (Застрахованного) за границу, на срок ее продолжительности. В Договоре страхования может быть установлен иной срок страхования.
2. Если Договор страхования сроком на один год (или менее одного года), предусматривает 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.

3. 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 указанного на страховом полисе последнего дня действия Договора страхования.

4. В соответствии с настоящими Правилами место действия Договора страхования распространяется исключительно на территорию, указанную в Договоре страхования (страховом полисе).

Статья 10. Права и обязанности сторон

1. Страхователь имеет право:

- 1) требовать от Страховщика соблюдения условий настоящих правил страхования и Договора страхования;
- 2) требовать разъяснений условий страхования.

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) уплатить страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
- 3) предоставлять Страховщику документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка в порядке предусмотренных статьей 14 настоящих Правил страхования;
- 4) при любом страховом событии, последствием которого может быть наступление страхового случая, немедленно связаться с Сервисной компанией либо Страховщиком и получить информацию о дальнейших действиях;
- 5) соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 6) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- 7) довести до сведения Застрахованных условия страхования;
- 8) обеспечить в случае требования Страховщика обследование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья.

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 в соответствии со статьей 14 настоящих Правил страхования;

4) отсрочить страховую выплату на один месяц до момента окончательного подтверждения факта наступления, причин страхового случая, размера ущерба;

5) отказать в возмещении затрат Страхователя (застрахованного) за оказание медицинской помощи и расходов внезапного заболевания и несчастного случая, возникших после письменного отказа Страхователя (Застрахованного) от транспортировки тела;

6) 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;

7) в любое разумное время проинспектировать и проверить наличие обстоятельств, способствующих возникновению риска;

8) произвести обследование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья.

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) в случае, когда в Правила страхования вносятся изменения уведомить об этом уполномоченный орган, в соответствии с действующим законодательством РК;

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

9) в случае представления Страхователем неполного пакета документов для осуществления страховой выплаты, сообщить ему в течение 7 рабочих дней, с даты представления последнего документа.

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

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

Статья 11. 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) выявление у Застрахованного какого-либо заболевания либо состояний, включенных в список исключений из страховых случаев, предусмотренных исключениями из настоящих Правил 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 предусмотренной в пункте 1 статьи 11 настоящих Правил страхования обязанности 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 12. Тайна страхования

1. Тайна страхования включает в себя сведения о размерах страховой суммы, оплаченных страховых премий, а также иных условиях Договора страхования, относящихся к личности Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя.
2. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения, составляющие тайну страхования, за исключением случаев предоставления информации другому профессиональному участнику страхового рынка, связанных с заключением Договоров страхования или перестрахования, а также в соответствии с требованиями действующего законодательства.
3. Тайна страхования может быть раскрыта третьему лицу на основании письменного согласия Страхователя, Застрахованного или выгодоприобретателя.
4. Сведения, содержащие тайну страхования, предоставляются:
 - 1) представителям страхователя (выгодоприобретателя) – на основании нотариально удостоверенной доверенности;
 - 2) органам дознания, предварительного следствия – по находящимся в их производстве уголовным делам;
 - 3) суду – по находящимся в его производстве делам на основании определения суда;
 - 4) прокурору – на основании постановления о производстве проверки в пределах его компетенции, по находящимся у него на рассмотрении материалам;
 - 5) уполномоченному органу по финансовому мониторингу - в целях и порядке, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;
 - 6) Государственной корпорации «Правительство для граждан» в целях, предусмотренных пунктом 4 статьи 59 Закона Республики Казахстан «О пенсионном обеспечении в Республике Казахстан»;
 - 7) уполномоченному государственному органу - по вопросам, связанным с осуществлением надзора за страховой деятельностью;
 - 8) страховому холдингу-резиденту Республики Казахстан - для целей расчета пруденциальных нормативов страховой группы, а также формирования системы управления рисками и внутреннего контроля страховой группы;
 - 9) иным лицам в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.
5. Сведения, содержащие тайну страхования, в случае смерти страхователя или выгодоприобретателя выдаются:

- 1) наследникам;
 - 2) судам и нотариусам по находящимся в их производстве наследственным делам на основании определения, постановления суда или письменного запроса нотариуса, заверенного его печатью. К письменному запросу нотариуса должна быть приложена копия о смерти страхователя или выгодоприобретателя;
 - 3) иностранным консульским учреждениям – по находящимся в их производстве делам о наследовании.
- 6.** Общие условия осуществления страховой деятельности, перечень предлагаемых страховых услуг, страховые тарифы, сроки страхования, а также иные основные условия договора страхования (перестрахования) являются открытой информацией и не могут быть предметом тайны страхования и коммерческой тайны.
- 7.** В случае разглашения страховщиком сведений, составляющих тайну страхования, страхователь (выгодоприобретатель) вправе потребовать возмещения причиненных убытков, а в надлежащих случаях – компенсации морального вреда.

Статья 13. Действие Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая

- 1.** Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе.
- 2.** 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 и сообщить:
 - 1) фамилию, имя, номер и срок действия страхового полиса;
 - 2) свое местонахождение, контактные телефоны;
 - 3) коротко описать, что произошло, и какие услуги ему требуются.
- 3.** После получения указанной информации от Сервисной компании, Застрахованный должен действовать в соответствии с полученными указаниями.
- 4.** При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, Сервисная Компания от имени Страховщика, обеспечивает организацию оказания Застрахованному экстренной медицинской помощи, экстренной эвакуации, расходов на перевозку тела Застрахованного в случае его смерти, в пределах страховой суммы, и лимитов установленной Договором страхования.
- 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, до окончания действия Договора страхования, сообщить в Сервисную компанию:
 - а) наименование, адрес и телефон больницы, в которую направлен Застрахованный,
 - б) имя адрес и телефон лечащего врача,
 - в) адрес постоянного места жительства и гражданство Застрахованного,
 - г) номер Договора страхования (страхового полиса).
 - 2) 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), связанном со страховым случаем, а также возможность ознакомиться с медицинской

документацией через освобождение лечащего врача от обязанности соблюдения врачебной тайны.

6. 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.

7. Несвоевременное 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.

Статья 14. 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 оплаты Страховщиком счетов, выставленных ему Сервисной компанией, по возмещению затрат на оказание услуг предусмотренных Договором страхования

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 предельного объема ответственности (страховой суммы), устанавливаемого для каждого страхового случая в соответствии с настоящими Правилами страхования и Договором страхования.

4. Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованный) в течение одного месяца после возвращения в страну постоянного места жительства должен предоставить письменное заявление о страховой выплате.

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

Документы, перечисленные в пункте 5 статьи 14 настоящих Правил страхования, должны быть представлены Страховщику с переводом на государственный, русский или английский язык. Расходы по переводу документов несет Страхователь (Застрахованный).

7. В случае непредставления Застрахованным (его наследниками) в 30-дневный срок после прибытия в страну постоянного места жительства заявления о страховой выплате и документов, необходимых для страховой выплаты, Страховщик имеет право письменно отказать в страховой выплате.

8. Застрахованный обязан по требованию Страховщика пройти медицинское обследование и представить его результаты.

Статья 15. 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 (его Представителем) и медицинским учреждением или Сервисной компанией.
2. Страховщик, после получения всех необходимых документов, предусмотренных пунктом 5 статьи 14 Правил страхования для принятия решения о страховой выплате или об отказе в страховой выплате, в течение 30 (тридцати) рабочих дней осуществляет страховую выплату либо отказывает в осуществлении страховой выплаты, с обоснованием причин отказа в осуществлении страховой выплаты.
3. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован в суде.
4. 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;
 - 2) умышленные действия Страхователя (Застрахованного), направленные на наступление страхового случая;
 - 3) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
 - 4) нарушений Страхователем (Застрахованным) положений настоящих Правил страхования или Договора страхования;
 - 5) в случаях, предусмотренных подпунктами **статьей 4** настоящих Правил страхования;
 - 6) не уведомление в указанные Договором страхования порядке и сроки Сервисной компании или Представителя Страховщика о наступлении страхового случая, если Страхователем (Застрахованным) не будет документально доказан факт наличия уважительных причин по несвоевременному уведомлению.

Статья 16. Переход к страховщику прав страхователя на возмещение убытков (суброгация)

1. К Страховщику, осуществившему страховую выплату по страховым рискам, относящихся к имущественному страхованию, переходит в пределах уплаченной суммы право требования, которое Страхователь имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования (право суброгации).
2. Страхователь 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 в порядке суброгации.
3. Если Страхователь отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя, Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне уплаченной суммы.

Статья 17. Условия прекращения договора страхования

1. Договор страхования прекращает свое действие в случае:

- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по Договору страхования в полном объеме;
- окончания срока действия страховой защиты;
- неуплаты Страхователем страховой премии (взносов) в установленные Договором страхования сроки, если только Страховщик не принял решение продолжить срок действия Договора;
- передачи Застрахованным страхового полиса и/или карточки страхования другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования;
- ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим, если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;
- ликвидации Страховщика;
- принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным.

2. Если Договор страхования прекращается в случаях смерти Застрахованного, не являющегося Страхователем, когда не произошла его замена либо когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, то Договор страхования считается прекращенным с момента возникновения указанного обстоятельства. При этом Страхователь имеет право на часть страховой премии, пропорционально оставшемуся сроку действия Договора страхования.

3. При отказе Страхователя от Договора страхования, если это не связано с обстоятельствами, указанными в пункте 1 статьи 841 ГК РК, уплаченная Страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату.

4. В случаях, когда досрочное прекращение Договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возвратить Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью.

Статья 18. 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 суд.

Статья 19. Дополнительные условия

1. В Договор страхования могут быть внесены изменения и дополнения только путем расторжения Договора и заключения нового.

**«Евразия» сақтандыру компаниясы»
Акционерлік қоғамының Директерлар Кеңесі
БЕКІТКЕН
2016 жылғы «29» желтоқсан хаттама**

**ШЕТЕЛГЕ ШЫҒАТЫН АЗАМАТТАРДЫ
ЕРІКТІ САҚТАНДЫРУ
ҚАҒИДАЛАРЫ**

«Еуразия» сақтандыру компаниясы» акционерлік қоғамы осы Сақтандыру қағидаларын Қазақстан Республикасы заңнамасының негізінде біржақты тәртіппен әзірледі және сақтандыру талаптарын, шетелге шығатын азаматтарды осы сақтандыру қағидаларына қосу және сақтандыру полисін беру арқылы сақтандыру шарттарын жасау және орындау тәртібін айқындайды.

Осы Сақтандыру қағидалары сақтандырушының құқық қабілетін шектемейді. Тараптардың осындай шарт бойынша міндеттемелерін айқындайтын шетелге шығатын азаматтарды сақтандырудың нақты шартының талаптарын осы сақтандыру қағидаларында айқындалады.

МАЗМҰНЫ:

- 1-бап. Жалпы ережелер және ұғымдар**
- 2-бап. Сақтандыру объектісі**
- 3-бап. Сақтандыру тәуекелдері**
- 4-бап. Сақтандыру оқиғаларынан ерекшеліктер және сақтандыруды шектеу**
- 5-бап. Сақтандыру шартын жасау тәртібі**
- 6-бап. Сақтандыру сомасын айқындау тәртібі**
- 7-бап. Сақтандыру сыйлықақысы**
- 8-бап. Франшиза**
- 9-бап. Сақтандыру шартының мерзімі және қолданылу орны**
- 10-бап. Тараптардың құқықтары мен міндеттері**
- 11-бап. Шарттың қолданылуы кезеңінде сақтандыру тәуекелінің ұлғаю салдары**
- 12-бап. Сақтандыру құпиясы**
- 13-бап. Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) сақтандыру жағдайы туған кездегі іс-әрекеті;**
- 14-бап. Сақтандыру төлемін жүзеге асырудың тәртібі мен шарттары. Сақтандыру жағдайының туғандығын және шығын мөлшерін растайтын құжаттар тізбесі**
- 15-бап. Сақтандыру төлемі немесе сақтандыру төлемін жасаудан бас тарту туралы шешімді қабылдаудың мерзімі**
- 16-бап. Сақтанушының залалдарды өтеу құқықтарының сақтандырушыға ауысуы (суброгация)**
- 17-бап. Сақтандыру шартын тоқтату талаптары**
- 18-бап. Қосымша талаптар**
- 19-бап. Дауларды шешу тәртібі**

1-бап. Жалпы ережелер және ұғымдар

1. Осы Сақтандыру қағидаларының талаптарымен «Еуразия» сақтандыру компаниясы» АҚ, бұдан әрі Сақтандырушы деп аталады, сақтанушыны осы Сақтандыру қағидаларына қосу және Сақтандырушының Сақтанушыға сақтандыру полисін беру арқылы Шетелге шығатын азаматтардың сақтандыру шарттарын (бұдан әрі мәтін бойынша – Сақтандыру шарты) жасайды.

2. Осы Сақтандыру қағидаларында мынадай ұғымдар қолданылады:

1) **Сақтанушы** – Сақтандырушымен Сақтандыру шартын жасаған жеке тұлға немесе кез келген ұйымдық-құқықтық насандағы заңды тұлға.

2) **Сақтандырылған адам** – өзіне қатысты Сақтанушы сақтандыру шартын жасайтын тұлға.

3) **Пайда алушы** - сақтандыру шартына сәйкес сақтандыру төлемін алушы болып табылатын тұлға.

4) **Сақтандыру сыйлықақысы** - Сақтандырушы Сақтанушыға сақтандыру шартына сәйкес Сақтандыру төлемін жүргізу міндеттемесін қабылдағаны үшін Сақтанушы Сақтандырушыға төлеуге міндетті ақша сомасы (сақтандырғаны үшін ақы).

5) **Сақтандыру тәуекелі** – болжамды оқиға, ол басталған жағдайда сақтандыру жүргізіледі.

6) **Сақтандыру төлемі** - сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру жағдайы келтірген зияндарды өтеу үшін сақтандыру сомасы шегінде төленетін ақша сомасы;

7) **Сақтандыру жағдайы** – басталған кезде ықтималдылығы мен кездейсоқтық белгілері бар Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асыру міндеті туындайтын оқиға.

8) **Сервистік компания** – осы сақтандыру қағидаларына сәйкес Сақтандырушымен шарттық қатынастарда тұратын, Сақтандырылған адамға уақытша келген елде қызмет көрсетуді қамтамасыз ететін ұйым.

9) **Медициналық мекеме** – Сервистік компания Сақтандырылған адамдар үшін медициналық қызмет көрсетуге арналған шарт жасаған мамандандырылған медициналық мекеме.

10) **Ауру** – Сақтандыру шартының қолданылу кезеңінде кенеттен немесе тосыннан басталған және Сақтандыру шарты жабатын шығыстарды туғызған ауру.

11) **Сақтандыру аумағы** – Сақтандырылушыға қатысты сақтандыруды қорғау қолданылатын аумақ.

12) **Жазатайым жағдай** – адамның еркінен тыс туындаған Сақтандырылған адамның ағзасына сыртқы механикалық, электрлік, химиялық, биологиялық, термиялық немесе басқа да әсер етудің нәтижесінде оның денсаулығына зиян келтіруге (ауру), мертігуіне не қайтыс болуына әкеліп соққан кенеттен болған, қысқа мерзімді оқиға (жағдай).

13) қатты ауыру – Сақтандырылған адамның денсаулығының инфекциялық ауруды және қатты улануды қоса алғанда, сыртқы факторлардың әсерінен болған кенеттен және көзделмеген түрде бұзылуы, сондай-ақ Сақтандырылған адамның Сақтандыру шарты қолданылған кезеңде созылмалы ауруының **кенеттен асқынуы** (патологиялық симптомдарды және жай-күйлерді жойғанға дейін ғана сақтандырумен жабылады).

14) Шұғыл медициналық көмек көрсетілетін патологиялық жай-күйлер және симптомдар:

- Жарақаттар;
- Жаралану;
- Буынның шығуы;
- Күйіктер;
- Электр тоғының және найзағайдың соғуы;
- Мидың шайқалуы мен соғылуы;
- Үсік шалу;
- Асфиксиялардың барлық түрлері;
- Суға кету;
- Уланулар;
- Улы жыландар мен жәндіктердің шағуы.
- Кенеттен естен тану;
- Аурулар, оның ішінде тіс ауруы
- Температураның көтерілуі (38°C жоғары);
- Жүрек-тамыр қызметінің асқынған түрде бұзылуы (кенеттен пайда болған ауру немесе жүрек қағысының бұзылуы);
- Тыныс органдарының бұзылуы – демікпе, тыныс жолдарына бөтен заттардың түсіп кету салдарынан тұншығу;
- сал болып қалу, ұстамалы аурулар;
- Қан кету, қан құсу, құсу және астан улану.

15) Туысқандар – Сақтандырылушының ана-аналары, жұбайы (зайыбы), балалары.

2-бап. Сақтандыру объектісі

1. Сақтандырылған адамның сақтандыру тәуекеліне және шұғыл медициналық көмек алуға, жедел көшуге жұмсалған шығыстарына негізделген мүліктік мүдделері, Сақтандырылған адамның жазатайым не кенеттен ауыру басталған кезде Сақтандыру шартында көзделген аумақта оның шетелде болған кезінде туындаған, қайтыс болған жағдайда оның денесін тасымалдау шығыстары осы Сақтандыру Қағидалары бойынша сақтандыру объектісі болып табылады.

2. Сақтанушы осы сақтандыру қағидаларына қосылумен сақтандыру полисін жасау арқылы Сақтанушы өзінің келісімін, сондай-ақ Қайта сақтандыру шартын жасау кезінде дербес деректерді беруді қоса алғанда, Сақтандырылған адамның (Пайда алушының) Сақтандырушының не үшінші тұлғаның Сақтандырылған адамның (Пайда алушының) дербес деректерін жинауға және өңдеуге келісімін растайды. Дербес деректерді пайдалану Сақтандырушының не үшінші тұлғаның Шарттың және\немесе Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын орындау мақсатында, сондай-ақ Сақтандырушының тұтастай алғанда, қызметінің мақсатын іске асыру үшін жүзеге асырылады.

Сақтандыру полисін жасаумен Сақтанушы өзінің келісуін, сондай-ақ Сақтандырылған адамның (Пайда алушының) дербес деректерін, ҚР заңнамасының талаптарына сәйкес осындай деректерді үшінші тұлғаларға беруді қоса алғанда, дербес деректердің жалпыға қолжетімді көздеріне, электрондық және өзге де деректер базасына және картотекаларға таратуға өзінің келісімін растайды.

Сақтанушы Сақтандырылған адамнан (Пайда алушыдан) дербес деректерді трансшекаралық беруге келісімді қоса алғанда, Сақтандырушының не үшінші тұлғаның Сақтандырылған адамның (Пайда алушының) дербес деректерін өңдеуге, сондай-ақ ҚР заңнамасының талаптарына сәйкес осындай деректерді үшінші тұлғаларға беруді қоса алғанда, дербес деректерді дербес деректердің жалпыға қолжетімді көздеріне, электрондық және өзге де деректер базасына және картотекаларға таратуға жазбаша келісімін талап етуге міндеттенеді.

3-бап. Сақтандыру жағдайлары

1. Сақтандырылған адамды осы баптың 2-тармағында көрсетілген жағдайға әкелген, шетелде болған және денсаулығына зиян келтірген және шұғыл медициналық көмек көрсетуге, жедел көшуге әкелген ықтималдылық және кездейсоқтық белгілері бар кенеттен басталған ауру немесе жазатайым жағдай, Сақтандырылған адам қайтыс болған жағдайда оның денесін тасымалдау шығыстары осы Сақтандыру қағидалары бойынша сақтандыру жағдайлары болып табылады.

2. Осы Сақтандыру қағидаларына сәйкес шетелдегі жазатайым не кенеттен ауыру салдарынан төменде көрсетілген мынадай оқиғалар сақтандыру жағдайы деп танылады және жабылады:

- Жарақаттар;
- Жаралану;
- Буынның шығуы;
- Күйіктер;
- Электр тоғының және найзағайдың соғуы;

- Мидың шайқалуы мен соғылуы;
- Үсік шалу;
- Асфиксиялардың барлық түрлері;
- Суға кету;
- Уланулар;
- Улы жыландар мен жәндіктердің шағуы.
- Кенеттен есінен тану;
- Аурулар, оның ішінде тіс ауруы
- Температураның көтерілуі (38°C жоғары);
- Жүрек-тамыр қызметінің асқынған түрде бұзылуы (кенеттен пайда болған ауру немесе жүрек қағысының бұзылуы);
- Тыныс органдарының бұзылуы – демікпе, тыныс жолдарына бөтен заттардың түсіп кету салдарынан тұншығу;
- Жазатайым жағдайлар салдарынан сал болып қалу, ұстамалы аурудың пайда болуы;
- Қан кету, қан құсу, құсу және астан улану.
- Сақтандырылған адамның жоғарыда аталған жай-күйлерінің нәтижесінде шұғыл көшіру;
- Шетелде жазатайым жағдайда немесе кенеттен ауырып қалған жағдай салдарынан қайтыс болған, Сақтандырылған адамның денесін тасымалдау.

3. Сақтандырушы міндеттемелерінің көлемі:

1) Сақтандырылған адамға уақытша келген елде шұғыл медициналық көмек көрсетуді қамтамасыз ету (тісті емдеуге байланысты шығыстар лимит шегінде жүзеге асырылады);

2) Сақтандырылған адамды рейстік көлікпен* тұрғылықты жерде тұратын елдің таяудағы халықаралық портына дейін орын ауыстыруды (көшіруді) ұйымдастыру. Әрбір нақты жағдайда көшіру және көліктің түрін таңдау туралы шешім Сақтандырушы және жергілікті емдеуші дәрігер тарапынан қабылданады. Көрсетілген келісімдерсіз Сақтандырушы Сақтандырылған адамды көшіру бойынша шығыстарды өтемейді;

3) Сақтандырылған адам қайтыс болған жағдайда оның денесін уақытша келген елден тұрғылықты жерде тұратын елдің таяудағы халықаралық портына жеткізуді (тасымалдауды) жүзеге асыру.

4-бап. Сақтандыру оқиғаларынан ерекшеліктер және сақтандыруды шектеу

* Рейстік көлік – географиялық пункттер арасында белгіленген уақыт аралығы үшін жолаушылар мен жолжүгін (жүктер) тасымалдау процесі.

1. Осы Сақтандыру қағидаларына сәйкес сақтандыру жағдайлары мыналардың салдарынан болса Сақтандырылған адамның шығыстары болып танылмайды:

1) Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) сақтандыру жағдайына байланысты тікелей келтірген құқық бұзушылықтар (қылмыстар) жасау ниеті не жасауы;

2) ядролық жарылыс, радиациялар және радиоактивтік улану;

3) шұғыл медициналық көмекке жатпайтын және емдеуші дәрігер тағайындамаған медициналық қызметтер көрсету;

4) әскери іс-қимылдар, халық толқулары, ереуілдер, азамат соғысы, террористік актілер;

5) созылмалы, венерологиялық аурулардың, онкологиялық аурулардың, олардың асқынған түрлерінің диагностикалары және оларды емдеу;

6) Сақтандыру шартын қолдану басталғанға дейін соңғы 6 айдың ішінде емдеуді қажет ететін аурулар, сондай-ақ сапардың басындағы күні Сақтандырылған адамда болған аурулар, осы ауруды оперативтік немесе терапиялық емдеуден кейінгі кезеңде туындаған салдарлар (асқынулар);

7) жалпы ауыруына, мүгедектігіне байланысты сырқаттар не жарақаттар;

8) профилактикалық вакциналар жасау және медициналық қараудан өткізу;

9) психикалық аурулар, күйзелістер;

10) көзілдіріктерді, контактілік линзаларды, есту аппараттарын, медициналық мақсаттағы кез келген тауарларды (оның ішінде балдақтарды, мүгедектерге арналған коляскаларды, бандаждарды), протездерді сатып алу;

11) кез келген түрдегі косметикалық немесе пластикалық хирургия;

12) күн сәулесінің өтіп кетуі;

13) венерологиялық аурулар, СПИД, жыныстық жолмен берілетін аурулар диагностикасы және емдеу;

14) санаторийларда, емханаларда, демалыс үйлерінде және медициналық немесе санаторий-курорттық үлгідегі басқа ұйымдарда емделу, сауықтыру іс-шаралары;

15) жүктілік және жүктіліктің кез келген асқынулары, сондай-ақ, жазатайым жағдай салдарынан жүктілікті еріксіз бұзуды қоспағанда, түсік жасау (оның ішінде өздігінен жасау);

16) ортопедиялық протез, оның ішінде стоматологиялық протездің кез келген түрі бойынша;

17) алдын ала вакцинациялаумен болдырылмайтын және/немесе Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) жұқтырушымен байланысынан кейін алдын алу карантин іс-шараларын бұзудан болған инфекциялық аурулар;

18) шұғыл көмек көрсетілген патологиялық жай-күйлер мен симптомдарды жою үшін тағайындалған сервистік компанияның дәрігерінің

(Сақтандырушының өкілінің) пікірі бойынша қажеттілік пен жеткіліктілік шегінен шығатын зерттеулер, талдаулар, дәрі-дәрмектер қабылдау;

19) стоматологиялық көмек, осы Сақтандыру қағидаларында көрсетілген шұғыл көмекті қоспағанда;

20) дәстүрлі емес әдістермен (гомеопатия, мануалды терапия, массаж) емдеу, қалпына келтіретін (сауықтыратын) емдеулер, физиотерапиялық емдеу әдістері;

21) алкогольдік, есірткелік немесе уландыратын интоксикациялардың салдарлары;

22) өзін-өзі өлтірудің салдары немесе өзін-өзі өлтіру әрекеттері, дене мүшесіне зақым келтіру;

23) кез келген көлік құралдарымен жарысу (осы тармақ жарыстарға қатысу мақсатында шетелге шығатын, сақтандырудың 2-бөлімі бойынша сақтандырылған адамдарға қолданылмайды, егер жарыстардың мәні жарыстарға арналған автокөлік құралдарының жарысы болып табылса);

24) жасанды түрде ұрықтандыру, бедеулікті емдеу, жүктіліктің алдын алу;

25) үшінші тұлғаларға келтірген зиян үшін кез келген азаматтық-құқықтық жауапкершілік, оның ішінде автокөлік иесінің үшінші тұлғаларға келтірген зияны үшін азаматтық-құқықтық жауапкершілік;

26) кез келген мас болу (есірткелік, психотроптық, алкогольдік, дәрілік) жағдайында өміріне және денсаулығына зияны;

27) өзін-өзі емдеу, Сақтанушы отбасы мүшесінің (Сақтандырылған адамның) ем тағайындауы және жүргізуі;

28) ятрогендік аурулар, егер олар Сақтандырушы уәкілеттік бермеген дәрігердің іс-әрекеттерінен болса;

29) егер шығыстарға әкелген кенеттен болған аурулар не жарақат сақтандыру аумағынан тыс туындаса;

30) әскери және құқық қорғау органдарында қызмет ету және тиісті оқудан өту;

31) Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) медициналық көрсеткіштер бойынша рұқсат етілген және қажет жағдайларда тұрғылықты тұратын жаққа көшуден бас тартуы;

32) Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) сақтандыру жағдайы бойынша өтініш жасауға байланысты алынған дәрігердің нұсқауларын орындаудан ерікті түрде бас тартуы.

2. Осы Сақтандыру қағидаларына сәйкес шығыстар мынадай жағдайларда өтелмейді:

1) Сақтандыру шартының қолданылу уақытына дейін басталған және жалғастырылған емдеу курсы жүргізген, сондай-ақ осы сапарға бару үшін Сақтандырылған адам білген не білуге тиіс медициналық қарсы көрсеткіштер болған жағдайда;

2) емдеу мекемесіне (бір емдеу мекемесінен басқасына) Сервистік компания ұйымдастырмаған және Сақтандырушымен алдына ала келіспей жүргізілген көшіру немесе тасымалдау. Бұл жағдай, егер көшіру төтенше жағдайларға байланысты болса не егер Сақтандырылған адамның бастапқы белгілі емделу орны бойынша келуі қажетті қаражаттың және/немесе жабдықтың болмауына орай оның өміріне (денсаулығына) тікелей қауіп төндірсе қолданылмайды;

3) Сақтандырылған адамды барған жері бойынша емделетін және сапардың жалғасуына кедергі келтірмейтін елеусіз аурулар немесе жарақаттар (соғып алулар, зақымданулар) кезінде көшіру;

4) мүгедектің, онкологиялық, созылмалы аурумен ауырған адамның не шекараға шыққанға дейін ауырған ауруларға, жарақаттарға ем алу үшін келген және емдеу салдарынан қайтыс болған адамның денесін тасымалдау;

5) Сақтандырылған адам құқыққа қарсы іс-әрекеттер жасау, сондай-ақ егер зиян осындай мас болудың тікелей салдары болса, Сақтандырылған адамның алкогольдік, есірткелік немесе уланудан мас болу нәтижесінде Сақтандырылған адамға зиян келтірсе;

6) Сақтандырылған адамның (Сақтанушының, Пайда алушының) сақтандыру жағдайының басталуына бағытталған қасақана іс-әрекеттері;

7) Сақтандырылған адамның осы мекеме емдеуге мамандандырылған санаторийде болған кезеңдегі аурулар;

8) медициналық тексеруден өту немесе Сақтандырылған адамның кенеттен ауыруына немесе жарақаттануына байланысты емес медициналық көмек (медициналық күтім) алу;

9) егер саяхат ем алу мақсатында қабылданса;

10) Сақтанушы Сақтандырушыға өзінің денсаулығы және/немесе оған көрсетілген медициналық көмектің көлемі мен құны туралы жалған мәліметтерді әдейі хабарласа;

11) дәрігер немесе медбике осы аурудың диагностикасы және емдеу үшін міндетті болып табылмайтын медициналық айла-амалдар жүргізсе;

12) қалпына келтіретін емдеу немесе физиотерапия, егер бұл жазатайым жағдайдың басталуына немесе созылмалы аурудың асқынуына себепші болмаса;

13) телевизор, телефон, кондиционер, шаштаразшының, массажистің, косметологтың, аудармашының қызметі) ұсынуға байланысты;

14) алдын алу вакцинацияларын, дезинфекциялар, дәрігерлік сараптама жүргізу;

15) егер емдеуді Сақтандырылған адамның туысқандарды жүзеге асырса;

16) медициналық мақсаттағы тауарларды (көзілдіріктер, есту аппараттары) сатып алу немесе жөндеу.

3. Сақтандырушы:

1) Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) жанама коммерциялық шығындары, залалдары (айыппұлдар, тұрақсыздық айыбы), жоғалтқан пайда түріндегі зияндары;

2) моральдық зиян үшін сақтандыру төлемін жүргізбейді.

4. Спорттық іс-шараларға қатысу мақсатында шетелге келген және спорттық іс-шараларға қатысу үшін шетелге шығатындарды сақтандырудың 2-бөліміне сәйкес сақтандыруға қабылданған адамдардың сақтандыру жағдайларын қоспағанда, Сақтандырылған адамның дене еңбегімен, белсенді демалыстың қауіпті түрлерімен (оның ішінде: сафари, дайвинг, рафтинг, тауға өрмелеу және басқалары), әуесқой және кәсіби спортпен айналысу салдарынан болған шығыстары сақтандыру жағдайы болып табылмайды және өтеуге жатпайды.

5-бап. Сақтандыру шартын жасау тәртібі

1. Сақтандыру шартын жасау кезінде Сақтандырушыға мәлім, сақтандыру жағдайының басталу ықтималдылығын және оның басталуына ықтимал зиянның мөлшерін айқындау үшін айтарлықтай мәні жағдайларды Сақтандырушыға хабарлауға міндетті, Сақтанушы егер бұл жағдайлар Сақтандырушыға мәлім болмаса және мәлім болмауға тиіс болса, оның ішінде:

1) атауы, мекенжайы, банк деректемелері, телефоны;

2) Сақтандырылған адамның аты-жөні, туған күні, тұрғылықты мекенжайы, телефоны;

3) сақтандыру аумағы, шетелдік сапардың мақсаты және кезеңі;

4) егер бұл жағдайлар Сақтандырушыға мәлім болмаса және мәлім болмауға тиіс болса, сақтандыру тәуекелін, сақтандыру жағдайының басталу ықтималдылығын және оның басталуына ықтимал зиянның мөлшерін бағалау үшін айтарлықтай мәні бар мәліметтер;

5) қажет болған жағдайда байланысуға болатын жақын туысының телефоны;

6) сақтандыру арқылы жабылатын шығыстар мен қызметтердің тізбесі;

7) аурулардың болуы, оның ішінде созылмалы, онкологиялық аурулардың, мүгедектіктің болуы, жүктіліктің болуы.

2. Сақтандыру шартын жасау үшін Сақтандырушы, егер бұл жағдайлар Сақтандырушыға мәлім болмаса және мәлім болмауға тиіс болса, сақтандыру жағдайының басталу ықтималдылығын және оның басталуына ықтимал зиянның мөлшерін айқындау үшін айтарлықтай мәні бар тәуекелдің дәрежесін сипаттайтын құжаттарды Сақтанушыдан талап ете алады.

3. Сақтандырушы Сақтанушының жалған мәліметтерді хабарлау не мәліметтерді Сақтандырушыдан жасыру фактісін анықтаған кезде Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартады.

4. Сақтандыру шарты Сақтандырушының Сақтанушыға сақтандыру полисін (№ 1 қосымша) беруі арқылы жазбаша нысанда жасалады, бұл ретте спорттық іс-шараларға қатыспайтын мақсатта шетелге шығушылар сақтандыру полисіндегі 1-бөлімге сәйкес сақтандырылады, ал спорттық іс-шараларға қатысу мақсатында шетелге шығушылар сақтандыру полисінде көрсетілген 2-бөлімге сәйкес сақтандырылады.

5. Сақтандырылған адамға сақтандыру полисін олардың Сақтандыру шарты бойынша қызметтерді алу үшін басқа адамдарға беруге тыйым салынады.

Егер Сақтандырылған адамның осындай мақсатпен сақтандыру полисін басқа адамға бергені анықталса, Сақтандырушы сақтандыру сыйлықақысын қайтармай Сақтандыру шартының осы Сақтандырылған адамға қатысты қолданылуын дереу тоқтатуға құқылы.

6. Сақтандыру полисі жоғалған кезде, Сақтандырылған адам бұл туралы Сақтандырушыға 24 сағаттың ішінде дереу хабарлауға тиіс. Жоғалған құжаттар жарамсыз болып табылады және Сервистік компанияға өтініш жасауға негіздеме болып табылады. Сақтандырушы, Сақтанушының жазбаша өтініші негізінде Сақтандыру шартының телнұсқасын береді.

6-бап. Сақтандыру сомасын айқындау тәртібі

1. Сақтандыру сомасы - сақтандыру объектілері сақтандырылған адам және сақтандыру жағдайы басталған кездегі Сақтандырушы жауаптылығының шекті көлемін білдіретін ақша сомасы.

2. Сақтандыру сомасы сақтандыру арқылы жабылатын және Сақтандыру шартында келісілген шығыстар мен қызметтердің тізбесі мен құнына орай белгіленеді.

3. Сақтандыру шарты мыналарды белгілейді:

1) жауапкершіліктің жиынтық шекті көлемі, бұл жағдайда Сақтандыру шартының барлық қолданылу кезеңіндегі барлық сақтандыру жағдайлары бойынша барлық сақтандыру төлемдері осы көлемнен аспайды;

2) бір немесе бірнеше сақтандыру жағдайы бойынша жауапкершіліктің шекті көлемі;

3) бір немесе бірнеше сақтандыру тәуекелдері бойынша, сақтандыру бойынша жабылатын бір немесе бірнеше шығыстар мен қызметтер бойынша, бір немесе бірнеше сақтандыру жағдайы бойынша жауапкершіліктің шекті көлемі.

7-бап. Сақтандыру сыйлықақысы

1. Сақтандыру сыйлықақысын Сақтандыру шарты белгілейді және Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүргізу міндеттемелерін

қабылдағаны үшін Сақтанушының Сақтандырушыға төлеуге міндетті ақша сомасын білдіреді.

2. Сақтандыру шарты бойынша төленуге тиіс сақтандыру сыйлықақысының мөлшері сақтандыру объектісін ескере отырып, сақтандыру сомасының бірлігінен алынатын сақтандыру сыйлықақысының мөлшерлемесін айқындайтын сақтандыру тарифтеріне, сақтандыру жабатын шығыстар мен қызметтерге және сақтандыру мерзіміне сәйкес, сондай-ақ сақтандыру полисіндегі Сақтандыру бөліміне (1-бөлім - спорттық іс-шараларға қатысуды алып тастау мақсатында шетелге шығатындарды сақтандыру, 2-бөлім спорттық іс-шараларға қатысу мақсатында шетелге шығатындарды сақтандыру) байланысты есептелінеді.

3. Сақтандыру сыйлықақысын Сақтанушы мерзімдік сақтандыру жарналары түрінде біржолғы немесе бөліп төлеу арқылы, қолма-қол немесе қолма-қол жасалмайтын нысанда төлеуге тиіс.

8-бап. Франшиза

1. Франшиза – сақтандырушыны сақтандыру талаптарында көзделген, белгілі бір мөлшерден аспайтын залалды өтеуден босату.

2. Шартсыз франшиза (кез келген жағдайда сақтандыру төлемін сомасынан шегеріледі).

Франшизаның мөлшері Сақтандыру шартында келісіледі, бұл ретте залал барлық жағдайларда белгіленген сома шегеріле отырып өтеледі.

3. Франшиза сақтандыру сомасына қатысты пайыз бойынша не абсолютті мөлшерде белгіленеді.

4. Франшизаның мөлшері әрбір нақты жағдай үшін сақтандыру бөлімінде белгіленеді.

9-бап. Сақтандыру шартының мерзімі және қолданылу орны

1. Сақтандыру шарты Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) шетелге бір нақты сапарына (саяхат, жорық, экскурсия, іссапар), оның ұзақтылық мерзіміне жасалады. Сақтандыру шартында сақтандырудың өзге мерзімі белгіленеді.

2. Егер мерзімі бір жылға (немесе кемінде бір жылға) арналған Сақтандыру шарты Сақтандырылған адамның шетелге көптеген сапарын көздейтін болса, онда сақтандыруды қорғау Сақтандырылған адамның шетелге нақты бару мерзімі ішінде қолданылады. Сақтандыру шартында қолданылатын күндердің нақты саны Сақтандыру шартында көрсетіледі.

3. Сақтандыруды қорғаудың қолданылу кезеңі Сақтандырылған адам Сақтандыру шартында көрсетілген мемлекеттің шекарасынан өткен сәттен (паспорттағы шекара қызметінің белгісі), бірақ сақтандыру кезеңінің басынан ерте емес уақытта басталады және Сақтандырылған адам тұрғылықты

тұратын елдің шекарасынан өткен кездегі қайту уақыты бойынша не сақтандыру полисінде көрсетілген Сақтандыру шарты қолданылған соңғы күні сағат 24.00-де тоқтатылады.

4. Осы Қағидаларға сәйкес Сақтандыру шартының қолданылатын орны Сақтандыру шартында (сақтандыру полисінде) көрсетілген аумақта ғана қолданылады.

10-бап. Тараптардың құқықтары мен міндеттері

1. Сақтанушы:

- 1) Сақтандырушыдан осы сақтандыру қағидаларының және Сақтандыру шартының талаптарын сақтауын талап етуге;
- 2) сақтандыру талаптарын түсіндіруді талап етуге **құқылы**.

2. Сақтандырушы:

- 1) Сақтандыру шартын жасау кезінде Сақтандырушыға өзіне мәлім болған, сақтандыру тәуекелін бағалау және Сақтандырушының Сақтандыру шартын жасау туралы шешім қабылдауы үшін айтарлықтай маңызы бар жағдайлар туралы хабарлауға;
- 2) Сақтандыру шартында белгіленген мөлшерде, тәртіппен және мерзімде сақтандыру сыйлықақыларын төлеуге;
- 3) Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының себептері, барысы және салдарлары, келтірілген зиянның сипаты мен мөлшері талдауға мүмкіндік беретін құжаттарды осы Сақтандыру қағидаларының 14-бабында көзделген тәртіппен ұсынуға;
- 4) сақтандыру жағдайының басталу салдарынан болған кез келген сақтандыру оқиғасы кезінде Сервистік компаниямен не Сақтандырушымен дереу хабарласуға және одан әрі жасалатын іс-әрекеттер туралы ақпарат алуға;
- 5) Сақтандыру қағидаларының талаптарын, Сақтандыру шартының талаптарын, медициналық көмек көрсету барысында алынған емдейтін дәрігердің нұсқамасын, медициналық мекеме белгілеген тәртіпті сақтауға;
- 6) сақтандыру құжаттарының сақталуы туралы қамқорлық етуге және медициналық көмекті алу мақсатында оларды басқа тұлғаларға бермеуге;
- 7) Сақтандырылған адамдарға сақтандыру талаптарын жеткізуге;
- 8) Сақтандырушы талап еткен жағдайда Сақтандырылған адамның денсаулығының нақты жай-күйін бағалау үшін оны тексеруді қамтамасыз етуге **міндетті**.

3. Сақтандырушы:

- 1) Сақтанушы (Сақтандырылған адам) ұсынған ақпаратты және құжаттарды, сондай-ақ Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) Сақтандыру шартының талаптары мен шарттарын орындауын тексеруге;

2) сақтандыру жағдайының белгілері бар оқиғаның себептері мен мән-жайларының себептерін дербес анықтауға, оның ішінде құзыретті органдарға сұратулар жіберуге;

3) Сақтанушыдан немесе Сақтандырылған адамнан осы Сақтандыру қағидаларының 14-бабына сәйкес сақтандыру жағдайының фактісін, оның туындау жағдайларын белгілеу үшін қажетті құжаттарды талап етуге;

4) сақтандыру жағдайының басталу фактісін, себептерін, зиянның мөлшерін түпкілікті растау сәтіне дейін сақтандыру төлемінің мерзімін бір айға ұзартуға;

5) Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) денесін тасымалдаудан жазбаша бас тартқаннан кейін туындаған кенеттен ауыруына және жазатайым жағдайына медициналық қызмет көрсеткені үшін Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) шығындары мен шығыстарын өтеуден бас тартуға;

6) Сақтанушының оның себептері туралы жазбаша хабарламасымен қоса, Сақтанушы (Сақтандырылған адам) Сақтандыру шартының талаптарын орындамаған жағдайда осы Сақтандыру қағидаларында көзделген мерзімде сақтандыру төлемінен бас тартуға;

7) кез келген тиімді уақытта тәуекелдің туындауына ықпал ететін жағдайлардың болуын инспекциялауға және тексеруге;

8) Сақтандырылған адамның денсаулығының нақты жай-күйін бағалау үшін оған тексеру жүргізуге **құқылы**.

4. Сақтандырушы:

1) Сақтанушыны осы Сақтандыру қағидаларымен таныстыруға және олардың көшірмелерін беруге;

2) сақтандыру жағдайы басталған кезде Сақтандыру шартында белгіленген мөлшерде, тәртіппен және мерзімде сақтандыру төлемін жүргізуге;

3) Сақтанушыға (Сақтандырылған адамға) сақтандыру жағдайы кезінде зияндарды азайту үшін жүргізілген шығыстарды өтеуге;

4) сақтандыру жағдайы туралы хабарды тіркеуге;

5) Сақтанушының өтініші бойынша, ұсынылған құжаттар тізімін және оларды қабылдау күнін көрсете отырып анықтама беруге;

6) сақтандыру құпиясын қамтамасыз етуге;

7) Сақтандыру қағидаларына өзгерістер енгізілген жағдайда ҚР-ның қолданыстағы заңнамасына сәйкес бұл туралы уәкілетті органға хабарлауға;

8) көрсетілетін қызметтердің көлемін, мерзімдерін және санын Сақтандыру шартының талаптарына сәйкес бақылауға;

9) Сақтанушы сақтандыру төлемін жүзеге асыру үшін құжаттардың толық емес топтамасын ұсынған жағдайда, оған соңғы құжатты ұсынған күннен бастап 7 жұмыс күні ішінде хабарлауға **міндетті**.

Сақтандыру және сақтандыру қызметі туралы заңнамалық актілерде, сондай-ақ Сақтандыру шартында Сақтандырушының басқа да міндеттері көзделеді.

5. Осы бөлімдегі тараптардың құқықтары мен міндеттерінің тізбесі толық болып табылмайды, тараптардың жекелеген міндеттері осы Сақтандыру қағидаларының басқа да бөлімдерінде көзделген.

11-бап. Шарттың қолданылуы кезеңінде сақтандыру тәуекелінің ұлғаю салдары

1. Сақтандыру шартының қолданылуы кезеңінде Сақтанушы (Сақтандырылған адам) шарт жасау кезінде Сақтандырушыға хабарланған мән-жайлардағы өзіне белгілі болған елеулі өзгерістер туралы, егер бұл өзгерістер сақтандыру тәуекелін арттыруға елеулі ықпал жасайтындай болса, Сақтандырушыға дереу жазбаша хабарлауға міндетті.

2. Қалай болғанда да мынадай өзгерістер елеулі деп танылады.

1) сапар мақсатының өзгеруі;

2) Сақтандырылған адамда осы Сақтандыру қағидаларының артықшылықтарында көзделген сақтандыру жағдайларының артықшылықтар тізіміне енгізілген қандай-да бір сырқаттың жай-күйлердің болуы.

3. Сақтандыру тәуекелін арттыруға әкеп соғатын мән-жайлар туралы хабардар етілген Сақтандырушы, Сақтандыру шартының талаптарын өзгертуді және тәуекелдің артуымен мөлшерлес қосымша сақтандыру сыйлықақысын төлеуді талап етуге құқылы.

4. Егер Сақтанушы немесе Сақтандырылған адам Сақтандыру шартының талаптарын өзгертуге немесе сақтандырудың қосымша сыйлықақысын төлеуге қарсылық білдірсе, Сақтандырушы Сақтандыру шартын бұзуды талап етуге құқылы.

5. Сақтанушы немесе Сақтандырылған адам осы Сақтандыру қағидаларының 11-бабының 1-тармағында көзделген міндеттерді орындамаған жағдайда Сақтандырушы Сақтандыру шартын бұзуды және Сақтандыру шартын бұзудан болған залалдарды өтеуді талап етуге құқылы.

6. Егер сақтандыру тәуекелін арттыруға әкеп соғатын мән-жайлар жоққа шығып қалған болса, Сақтандырушының Сақтандыру шартын бұзуды талап етуге құқығы жоқ.

12-бап. Сақтандыру құпиясы

1. Сақтандыру құпиясына сақтандыру сомасының, төленген сақтандыру сыйлықақыларының мөлшерлері, сақтандыру шартының Сақтанушының, Сақтандырылған адамның немесе Пайда алушының жеке басына қатысты өзге де талаптары туралы мәліметтер жатады.

2. Сақтандырушы Сақтандыру немесе қайта сақтандыру шартын жасауға байланысты, сондай-ақ қолданыстағы заңнаманың талаптарына сәйкес сақтандыру нарығының басқа кәсіби қатысушысына ақпарат ұсыну жағдайларын қоспағанда, өзінің кәсіби қызметінің нәтижесінде алған сақтандыру құпиясын құрайтын мәліметтерді жария етуге құқылы емес.

3. Сақтандыру құпиясын үшінші адамға Сақтанушының, Сақтандырылған адамның немесе Пайда алушының жазбаша келісімі негізінде ашуға болады.

4. Сақтандыру құпиясы бар мәліметтер:

1) сақтанушының (пайда алушының) өкіліне - нотариатта куәландырылған сенімхат негізінде;

2) анықтау және алдын ала тергеу органына - оның өндірісіндегі қылмыстық істер бойынша;

3) сотқа - сот ұйғарымы немесе қаулысы негізінде оның өндірісіндегі істер бойынша;

4) прокурорға - оның құзыреті шегінде өзінің қарауындағы материалдар бойынша тексеру жүргізу туралы қаулы негізінде;

5) қаржы мониторингі жөніндегі уәкілетті органға – «Қылмыстық жолмен алынған кірістерді заңдастыруға (жылыстатуға) және терроризмді қаржыландыруға қарсы іс-қимыл туралы» Қазақстан Республикасының Заңында көзделген мақсатта және тәртіппен;

6) «Қазақстан Республикасында зейнетақымен қамсыздандыру туралы» Қазақстан Республикасының Заңы 59-бабының 4-тармағында көзделген мақсаттарда «Азаматтарға арналған үкімет» мемлекеттік корпорациясына;

7) уәкілетті мемлекеттік органға - сақтандыру қызметін қадағалауды жүзеге асыруға байланысты мәселелер бойынша;

8) Қазақстан Республикасының резиденті-сақтандыру холдингіне – сақтандыру тобының пруденциялық нормативтерін есептеу, сондай-ақ сақтандыру тобының тәуекелдерін басқару және ішкі бақылау жүйесін қалыптастыру мақсаттары үшін;

9) Қазақстан Республикасының сақтандыру ісі және сақтандыру қызметі туралы заң актілеріне сәйкес өзге де тұлғаларға беріледі.

5. Сақтандыру құпиясы бар мәліметтер сақтанушы немесе пайда алушы қайтыс болған жағдайда:

1) мұрагерлерге;

2) соттарға және нотариустарға - соттың ұйғарымы, қаулысы немесе нотариустың мөрі басылған жазбаша сауалы негізінде олардың өндірісіндегі мұрагерлік істер бойынша беріледі. Нотариустың жазбаша сауалына сақтанушының немесе пайда алушының қайтыс болғаны туралы куәліктің көшірмесі қоса тіркелуге тиіс;

3) шетелдік консулдық мекемелерге - олардың өндірісіндегі мұрагерлік істер бойынша беріледі.

6. Сақтандыру қызметін жүзеге асырудың жалпы шарттары, ұсынылатын сақтандыру қызметтерінің тізбесі, сақтандыру тарифтері, сақтандыру мерзімдері, сондай-ақ сақтандыру (қайта сақтандыру) шартының өзге де негізгі талаптары ашық ақпарат болып табылады және сақтандыру құпиясы мен коммерциялық құпияның нысанасы бола алмайды.

7. Сақтандырушы сақтандыру құпиясы бар мәліметтерді жария еткен жағдайда сақтанушы (пайда алушы) келтірілген шығынды өтеуді, ал тиісті жағдайларда - моральдық нұқсанның орнын толтыруды талап етуге құқылы.

13-бап. Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) сақтандыру жағдайы туған кездегі іс-әрекеті

1. Сақтандыру жағдайының басталғандығы, сондай-ақ оларға келтірілген зиянды дәлелдеу Сақтанушыға тиесілі.

2. Сақтандыру жағдайының белгілері бар кез келген оқиға және/немесе оның салдарынан сақтандыру жағдайы басталған кезде, яғни Сақтандыру шартында көрсетілген медициналық көмекке (қызметке) немесе өзге қосымша көмекке өтініш жасағанға дейін Сақтандырылған адам дереу, бірақ ол басталған сәтте 24 сағаттан кешіктірмей, Сақтандыру шартында көрсетілген телефондар бойынша Сервистік компаниямен байланысуға және мыналарды хабарлауға міндетті:

- 1) аты-жөні, сақтандыру полисінің нөмірі және қолданылу мерзімі;
- 2) өзінің мекенжайы, байланыс телефондары;
- 3) не болғандығын және оған қандай қызметтің қажет екендігін қысқаша сипаттау.

3. Сервистік компаниядан көрсетілген ақпаратты алғаннан кейін Сақтандырылған адам алынған нұсқауларға сәйкес іс-әрекет жасауға тиіс.

4. Сақтандыру шартында көзделген сақтандыру жағдайы басталған кезде, Сақтандырушының атынан Сервистік Компания Сақтандырылған адамға шұғыл медициналық көмек көрсетуді, жедел көшіруді ұйымдастыруды, Сақтандырылған адам қайтыс болған жағдайда, оның денесін тасымалдау шығыстарын Сақтандыру шарты белгілеген сақтандыру сомасы мен лимиттері шегінде қамтамасыз етеді.

5. Шұғыл жағдайда, егер медициналық көмек көрсетілгенге дейін жедел қоңырау болмаса және Сақтандырылған адамға медициналық көмек көрсетіліп жатса, Сақтандырылған адам (оның өкілі):

1) дереу, Сақтандыру шартының қолданылуы аяқталғанға дейін Сервистік компанияға мыналарды хабарлауға міндетті:

- а) Сақтандырылған адам жіберілген аурухананың атауы, мекенжайы және телефоны,
- б) емдейтін дәрігердің аты-жөні, мекенжайы және телефоны;
- в) Сақтандырылған адамның тұрғылықты мекенжайы және азаматтығы;
- г) Сақтандыру шартының (сақтандыру полисінің) нөмірі.

2) Сақтандырушының және / немесе Сервистік компанияның талап етуі бойынша сақтандыру жағдайына байланысты емдеу туралы құжаттаманы (амбулаторлық карта, рецептуралық бланк, ауруханаға жатуға жолдама, қорытындылар, сертификаттар және емдеуші дәрігер берген анықтамалар), сондай-ақ емдеуші дәрігерді дәрігерлік құпияны сақтау міндетінен босату арқылы медициналық құжаттамамен танысу мүмкіндігін беру.

6. Сервистік компанияға уақытылы өтініш жасау және Сақтандыру шартына сәйкес сақтандыру өтейтін шығыстар мен қызметтерге байланысты Сақтандырылған адамның шығыстарын келісу сақтандыру төлемін жүзеге асырудың міндетті шарты болып табылады.

7. Егер Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) орынды себеппен көрсетілген іс-әрекеттерді орындауға мүмкіндігі болмауын және мұны құжаттама түрінде растауын қоспағанда Сақтанушы (Сақтандырылған адам) Сервистік компанияға немесе Сақтандырушыға, сақтандыру жағдайының басталуы, оның салдарынан сақтандыру жағдайының басталғандығы туралы уақытылы хабарламағанда Сақтандырушыға сақтандыру төлемін толық немесе ішінара жазбаша бас тарту құқығын береді.

14-бап. Сақтандыру төлемін жүзеге асырудың тәртібі мен шарттары. Сақтандыру жағдайының туғандығын және шығын мөлшерін растайтын құжаттар тізбесі

1. Сақтандыру жағдайы басталған кезде Сақтандырушы Сақтандыру шартының талаптарына сәйкес сақтандыру төлемін жүргізуге міндетті.

2. Сақтандырушы Сақтандыру шартында көзделген қызметті көрсетуге арналған шығындарды өтеу бойынша оған Сервистік компания ұсынған шоттарға ақы төлеу арқылы сақтандыру төлемін жүргізеді.

3. Сақтандыру шартының қолданылу кезеңінде шетелге келген уақытта болған бір немесе бірнеше сақтандыру жағдайларының салдары үшін сақтандыру төлемінің сомасы осы Сақтандыру қағидаларына және Сақтандыру шартына сәйкес әрбір сақтандыру жағдайы үшін белгіленетін жауапкершіліктің (сақтандыру сомасының) шектеулі көлемінен аспайды.

4. Сақтандыру төлемін алу үшін Сақтанушы (Сақтандырылған адам) тұрғылықты тұратын еліне қайтып оралғаннан кейін бір айдың ішінде сақтандыру төлемі туралы жазбаша өтініш беруге тиіс.

5. Сақтандыру төлемі туралы өтінімге Сақтанушы (Сақтандырылған адам) мынадай құжаттарды қоса беруге тиіс:

1) сақтандыру полисінің көшірмесін немесе оның телнұсқасын (сақтандыру полисі жоғалған жағдайда);

2) медициналық көмек алуға өтініш беру сәтінде Сақтандырылған адамның диагнозы, денсаулығының жай-күйі туралы, манипуляциялар және емдеулер туралы мәліметтерді қамтитын медициналық құжаттардың түпнұсқалары, немесе жазатайым жағдай турлы медициналық құжат;

3) рецепттердің, шоттардың, медициналық қызмет көрсетуге және дәрі-дәрмектерге ақы төлеуге арналған түбіртектердің түпнұсқалары;

4) сақтандыру жағдайының басталу фактісін және себептерін растайтын, құзыретті органдар берген құжаттар (мыналар осындай құжаттар болып табылады: анықтамалар, актілер, хаттамалар, қаулылар, шешімдер, қорытындылар).

6. Осы Сақтандыру қағидаларының 14-бабының 5-тармағында аталған құжаттар мемлекеттік, орыс немесе ағылшын тілдерінің аудармасымен қоса Сақтандырушыға берілуге тиіс. Құжаттарды аудару бойынша шығыстарға Сақтанушы (Сақтандырылған адам) жауап береді.

7. Сақтандырылған адам (оның мұрагерлері) тұрғылықты тұратын еліне келгеннен кейін 30 күндік мерзімде сақтандыру төлемі туралы өтінішті және сақтандыру төлемі үшін қажетті құжаттарды ұсынбаған жағдайда, Сақтандырушы сақтандыру төлемін төлеуден жазбаша бас тартуға құқылы.

8. Сақтандырылған адам Сақтандырушының талап ету бойынша медициналық тексеруден өтуге және оның нәтижелерін ұсынуға міндетті.

15-бап. Сақтандыру төлемі немесе сақтандыру төлемін жасаудан бас тарту туралы шешімді қабылдаудың мерзімі

1. Медициналық мекеменің немесе Сервистік компанияның Сақтандырылған адамға көрсететін медициналық қызметіне және басқа да қосымша шығыстарға ақы төлеу мерзімі Сақтандырушы (оның өкілі) және медициналық мекеме немесе Сервистік компания арасындағы келісімдер бойынша айқындалады.

2. Сақтандырушы сақтандыру төлемі туралы немесе сақтандыру төлемінен бас тарту туралы шешім қабылдау үшін Сақтандыру қағидаларының 14-бабының 5-тармағында көзделген барлық қажетті құжаттарды алғаннан кейін 30 (отыз) жұмыс күні ішінде сақтандыру төлемін жүзеге асырады не сақтандыру төлемін жүзеге асыруға бас тартудың себептерін негіздей отырып, сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартады.

3. Сақтандырушының сақтандыру төлемінен бас тартуына сотқа шағым беруге болады.

4. Сақтандырушының Сақтанушыға сақтандыру төлемін жүзеге асыруға бас тартуына мыналар негіздеме болып табылады:

1) Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) Сақтандырушыға сақтандыру объектісі, сақтандыру тәуекелі, сақтандыру жағдайы және оның салдарлары туралы жалған мәліметтерді әдейі хабарлауы;

2) Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) сақтандыру жағдайының басталуына бағытталған қасақана іс-әрекеттері;

3) Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының оқиғаларын зерттеуге және оларға келтірілген зиянның мөлшерін белгілеуге кедергі келтіруі;

4) Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) осы Сақтандыру қағидаларының немесе Сақтандыру шартының ережелерін бұзулары;

5) осы Сақтандыру қағидаларының **4-бабының** тармақшаларында көзделген жағдайларда;

6) егер Сақтанушы (Сақтандырылған адам) уақытылы хабарламау бойынша дәлелді себептердің болу фактісін құжаттама бойынша дәлелдесе, Сервистік компанияның немесе Сақтандырушы өкілінің сақтандыру жағдайының басталуы туралы Сақтандыру шартында көрсетілген тәртіппен және мерзімде хабарламауы.

16-бап. Сақтанушының залалдарды өтеу құқықтарының сақтандырушыға ауысуы (суброгация)

1. Сақтандыру төлемін жүзеге асырған Сақтандырушыға, сол төленген соманың шегінде, сақтандыру нәтижесінде өтелген залалдар үшін жауапты адамға қоятын Сақтанушының талап қою құқықтары (суброгация құқығы) ауысады.

2. Сақтанушы сақтандыру төлемін алған кезде суброгация тәртібімен Сақтандырушыға барлық құжаттар мен айғақтарды беруге және оған талап қою құқықтарын жүзеге асыру үшін қажетті барлық мәліметтерді хабарлауға міндетті.

3. Егер Сақтанушы Сақтандырушы төлеген шығындар үшін жауап беретін адамға талап қою құқықтарынан бас тартса немесе Сақтанушының кінәсінен бұл құқықты жүзеге асыру мүмкін болмаса, Сақтандырушы сақтандыру төлемін толық немесе тиісінше оның бір бөлігін жүзеге асырудан босатылады және артық төлеген соманы қайтаруды талап етуге құқылы.

17-бап. Сақтандыру шартын тоқтату талаптары

1. Сақтандыру шарты:

- Сақтандырушы Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) алдында Шарт бойынша міндеттемелерін толық көлемде орындаған;

- сақтандыруды қорғаудың қолданылу мерзімі аяқталған;

- егер Сақтандырушы Шарттың қолданылу мерзімін ұзартуға шешім қабылдмаса, Сақтанушы Сақтандыру шартында белгіленген мерзімде сақтандыру сыйлықақысын (жарналарын) төлемеген;

- Сақтандырылған адам сақтандыру полисін және/немесе сақтандыру карточкасын Сақтандыру шарты бойынша медициналық қызмет алу мақсатында басқа адамдарға берген;

- егер Сақтандырылған адам Сақтанушының сақтандыру жарналарын төлеу жөніндегі міндеттерін өзіне қабылдаса, заңды тұлға болып табылатын Сақтанушы немесе жеке тұлға болып табылатын Сақтанушы таратылған;

- Сақтандырушы таратылған;

- сот Сақтандыру шартын жарамсыз деп тану туралы шешім қабылдаған жағдайларда өзінің қолданылуын тоқтатады.

2. Егер Сақтандыру шарты Сақтанушы болып табылмайтын Сақтандырылған адам қайтыс болған жағдайда, ол ауыстырылмаса не сақтандыру жағдайын бастау мүмкіндігі болмаса және сақтандыру жағдайына қарағанда, сақтандыру тәуекелінің болуы өзге жағдайлар бойынша тоқтатылса, онда Сақтандыру шарты көрсетілген жағдайлар туындаған сәттен бастап тоқтатылған деп саналады. Бұл ретте Сақтанушы Сақтандыру шартының қолданылу мерзіміне теңбе-тең қалдырылған сақтандыру сыйлықақысының бір бөлігіне кұқылы.

3. Сақтандырушы Сақтандыру шартынан бас тартқан кезде, егер бұл ҚР АҚ-тің 841-бабының 1-тармағында көзделген жағдайларға байланысты емес болса, Сақтандырушыға төленген сақтандыру сыйлықақысы не сақтандыру жарнасы қайтарылмайды.

4. Сақтандыру шартын жедел тоқтату Сақтандырушының кінәсі бойынша оның талаптарын орындамауға байланысты болған жағдайда, Сақтандырушы оларға төленген сақтандыру сыйлықақысын не сақтандыру жарнасын Сақтанушыға толық қайтаруға міндетті.

18-бап. Дауларды шешу тәртібі

1. Сақтандырушы мен сақтанушы (пайда алушы) арасында туындайтын Сақтандыру шарты бойынша дауларды тараптар тікелей келіссөздер жүргізу арқылы қарайды.

2. Тараптар реттемеген даулар соттың қарауына беріледі.

19-бап. Қосымша талаптар

1. Сақтандыру шартына Шартты бұзу және жаңасын жасау арқылы өзгерістер мен толықтырулар енгізіледі.

APPROVED BY

**Board of Directors of the Joint Stock Company
Insurance Company «Eurasia»**

Protocol dated «29» December 2016

RULES OF VOLUNTARY INSURANCE OF CITIZEN TRAVELING ABROAD

These Rules of insurance are developed unilaterally by "Insurance Company "Eurasia" Joint Stock Company on the basis of legislation of the Republic of Kazakhstan and determine the terms of insurance, order of conclusion and execution of insurance contracts of citizens traveling abroad, which are concluded by adhering to these Rules of insurance and the issuance of the insurance policy.

These Rules of insurance shall not restrict the legal capacity of the Insurer. Terms of the particular insurance agreement for citizens traveling abroad determining the obligations of the parties under such agreement shall be determined by these rules of insurance.

TABLE OF CONTENTS:

Article 1.	General terms and concepts
Article 2.	Insurance object
Article 3.	Insurance events
Article 4.	Exclusions from insurance events and insurance restrictions
Article 5.	Order of concluding the insurance agreement
Article 6.	Order of determining the sum insured
Article 7.	Insurance premium
Article 8.	Deductible
Article 9.	Effective period and place of the insurance agreement
Article 10.	Rights and obligations of the parties
Article 11.	Consequences of increasing the insurance risk during the effective period of the insurance agreement
Article 12.	The secrecy of insurance
Article 13.	Actions of the Policyholder (Insured) during the insurance event
Article 14.	Order and terms of insurance payments. List of documents confirming the insurance event and the amount of losses
Article 15.	Period of making the decision on the insurance payment or refuse in the insurance payment
Article 16.	Transfer of the Policyholder's right for reimbursement to the Insurer (subrogation)
Article 17.	Terms of termination of the insurance agreement
Article 18.	Order of disputes settlement
Article 19.	Additional terms

Article 1. General terms and concepts

1. In terms of these Rules of insurance of "Insurance Company "Eurasia" JSC, hereinafter referred to as the Insurer, enters into the insurance agreement of citizens traveling abroad, by joining the Insurer to these Rules of insurance and issuing the insurance policy to the Insured from the Insurer (hereinafter referred to as the Insurance agreement).
2. The following concepts shall be used in these Rules of insurance:
 - 1) **Insurer** – capable individual or legal entity of any organizational and legal form, which has concluded the Insurance Agreement with the Insurer.
 - 2) **Insured** – the person in relation to whom the Insurer has concluded the insurance agreement.
 - 3) **Beneficiary** - person who is the recipient of the insurance payment in accordance with the insurance agreement.
 - 4) **Insurance premium** - the amount of money which the Policyholder needs to pay to the Insurer for the latter's commitment to make insurance payments in accordance with the insurance agreement (insurance fee).
 - 5) **Insurance risk** - the alleged event, in case of occurrence of which insurance is held.
 - 6) **Insurance payment** - amount of money paid by the Insurer within the sum insured in case of the insurance event for compensation of damages caused by an insured event.
 - 7) **Insured event** – event having the features of probability and randomness of its occurrence with the onset of which there is the obligation of the Insurer to carry out the insurance payment.

- 8) **Service company** – organization being in a contractual relationship with the Insurer, which ensures the provision of services to the Insured in the country of temporary residence in accordance with these rules of insurance.
- 9) **Medical institution** – specialized medical institution with which the service company entered into a contract for the provision of medical services for the Insured.
- 10) **Illness** – sudden or unexpected illness, which began during the Insurance agreement period and caused the costs covered by the Insurance Contract.
- 11) **Territory of insurance** – territory covered by the insurance cover of the Insurer.
- 12) **Accident** – sudden, short-term event (accident) happening to the person while being abroad contrary to the will of a person as a result of external mechanical, electrical, chemical or thermal effects on the body of the Insured, which entailed injury, bodily injury or death.
- 13) **Acute illness** – sudden and unexpected health disorder of the Insured caused by external factors, including infectious diseases and acute poisoning, as well as sudden exacerbation of chronic disease (is covered by the insurance only till the elimination of pathological symptoms and conditions) of the Insured during the period of the Insurance agreement.
- 14) **Pathological conditions and symptoms for which a medical emergency should take place:**
 - Trauma;
 - Injuries;
 - Sprains;
 - Burns;
 - Electric shock and lightning;
 - Concussion and brain injury;
 - Frostbites;
 - Asphyxia of all kinds;
 - Drowning;
 - Poisoning;
 - Bites of venomous snakes and insects.
 - Sudden loss of consciousness;
 - Pains, including acute toothache
 - Increase of temperature (above 38°C);
 - Acute cardiovascular activity disorders (sudden pain or cardiac arrhythmias);
 - Respiratory disorders – shortness of breath, choking as a result of ingress of foreign bodies;
 - Paralysis, seizures;
 - Bleeding, bloody vomiting, vomiting and food poisoning
- 15) **Relatives** – parents, spouse, children of the Insured.

Article 2. Insurance object

1. The object of insurance, according to these Rules of insurance shall be the property interests of the Insured due to the insurance risk and associated costs of the Insured to receive emergency medical assistance, emergency evacuation, expenses for the Insured's body transportation in the event of its death arising in the period of its stay abroad in the territory specified in the insurance agreement upon occurrence of an accident or sudden acute illness.

2. Joining the Insured to these Rules of insurance by means of conclusion of an insurance policy, the Policyholder shall confirm its consent and the consent of the Insured (Beneficiary) for collection and processing of the personal data of the Insured (Beneficiary) by the Insurer or the third party, including the transfer of personal data at the conclusion of the reinsurance agreement. The use of personal data shall be carried out for fulfillment of the terms of the agreement and/or the legislation of the Republic of Kazakhstan by the Insurer or a third party, as well as for implementation of the goals of the Insurer as a whole.

By concluding the insurance policy the Policyholder confirms its consent and the consent of the Insured (Beneficiary) for the distribution of personal data in public sources, electronic and other databases and file cabinets, including the transfer of such data to third parties in accordance with the requirements of legislation of the Republic of Kazakhstan.

The Policyholder shall be obliged to request from the Insured (Beneficiary) the written consent for processing of the personal data of the Insured (Beneficiary) by the Insurer or a third party, including consent on cross-border transfer of personal data, as well as on the distribution of personal data in public sources, electronic and other databases and file cabinets including the transfer of such data to third parties in accordance with the requirements of legislation of the Republic of Kazakhstan.

Article 3. Insurance events

1. The insured event under these Rules of insurance shall be the sudden acute illness or accident, having features of probability and randomness, leading the Insured to the condition specified in p.2 of this Article, which have taken place abroad and entailed damage to health and to the costs of getting emergency medical care, emergency evacuation, the Insured's body transportation expenses in the event of its death.
2. **In accordance with these Rules of insurance only the following events listed below shall be deemed as the insured event covered** by the insurance and incurred as a result of an accident or acute sudden illness abroad:
 - Trauma;
 - Injuries;
 - Sprains;
 - Burns;
 - Electric shock and lightning;
 - Concussion and brain injury;
 - Frostbites;
 - Asphyxia of all kinds;
 - Drowning;
 - Poisoning;
 - Bites of venomous snakes and insects.
 - Sudden loss of consciousness;
 - Pains, including acute toothache
 - Increase of temperature (above 38°C);
 - Acute cardiovascular activity disorders (sudden pain or cardiac arrhythmias);
 - Respiratory disorders – shortness of breath, choking as a result of ingress of foreign bodies;
 - Paralysis, seizures as a result of accidents;

- Bleeding, bloody vomiting, vomiting and food poisoning;
 - Emergency evacuation as a result of above mentioned conditions of the Insured;
 - Transportation of the Insured's body in case of death due to accident or acute sudden illness while being abroad.
3. Insurer's obligations:
- 1) providing the Insured with the emergency medical care in the country of temporary stay (reimbursement of costs related to analgesic dental treatment shall be carried out within the limit).
 - 2) organization of travel (evacuation) of the Insured by regular transport* to the nearest international port of the country of permanent residence. In each case the decision to evacuate and the choice of transport shall be taken by the doctor of the Insurer and the local doctor. Without coordination of this the Insurer shall not reimburse the costs of the evacuation of the Insured.
 - 3) implementation of the Insured's body transportation in case of death from the country of temporary residence to the nearest international port of the country of permanent residence.

Article 4. Exclusions from insurance events and insurance restrictions

1. **Insurance events according to these Rules of Insurance shall not be recognized the costs of the Insured due to:**
- 1) intention of the Policyholder (Insured) or commission of an offense (crime) which is in direct causal relation to the insured event;
 - 2) nuclear explosion, radiation and radioactive contamination;
 - 3) provision of health services not related to non-emergency medical care and not prescribed by the doctor;
 - 4) military actions, civil unrest, strikes, civil war, acts of terrorism;
 - 5) diagnosis and treatment of chronic, sexually transmitted diseases, oncological diseases, their complications and exacerbations;
 - 6) diseases requiring treatment within the last 6 months prior to the commencement of the insurance agreement, as well as diseases existed at the Insured on the day of the trip, the consequences (complications) arising during the period after the surgical or therapeutic treatment of this disease;
 - 7) diseases or injuries associated with common disease, disability
 - 8) preventive vaccinations and medical examinations;
 - 9) mental illness, depression;
 - 10) purchase of eyeglasses, contact lenses, hearing devices, any health products (including crutches, wheelchairs, braces), prosthetics;
 - 11) cosmetic and plastic surgery of any kind;
 - 12) solar radiation;
 - 13) diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, and sexually transmitted infections;
 - 14) treatment in sanatoriums, hospitals, rest homes and other medical or sanatorium type institutions, rehabilitation measures;
 - 15) pregnancy and any pregnancy complications, as well as abortion (including spontaneous), with the exception of the forced termination of pregnancy as a result of an accident;
 - 16) orthopedic prosthetics, including any kind of dental prosthetics;

- 17) infectious diseases that could be prevented by vaccination in advance and/or arising out of violations by the Policyholder (Insured) of the preventive quarantine measures after contact with a carrier;
 - 18) surveys, tests, reception of medicines beyond the necessary and sufficient measures at the opinion of medical service company doctors (representative of the Insurer) assigned to eliminate the pathological conditions and symptoms for which an emergency care is prescribed;
 - 19) dental care, except in an emergency referred to in these Rules of insurance;
 - 20) treatment with non-traditional methods (homeopathy, chiropractic, massage), rehabilitation (rehab) treatment, physiotherapy treatment;
 - 21) consequences of alcohol, drug or toxic influence;
 - 22) consequences of suicide or attempted suicide, self-harm;
 - 23) any racing vehicles (this does not apply to persons insured under Section 2 – Insurance of people traveling abroad to participate in competitions, only if the subject of the competition is the race of vehicles);
 - 24) artificial insemination, treatment for infertility, contraception;
 - 25) any civil liability for damage to third parties, including civil liability of the vehicle owner for damage to third parties;
 - 26) life and health damage at any state of intoxication (drugs, psychotropic substances, alcohol, medicine);
 - 27) self-treatment, prescription and treatment of family members of the Policyholder (Insured);
 - 28) iatrogenic diseases if they are caused by the actions of a doctor not authorized by the Insurer;
 - 29) if an acute sudden illness or injury has led to the charges occurred outside the insurance territory;
 - 30) service or the passage of appropriate training for military and law enforcement agencies;
 - 31) failure of the Policyholder (Insured) to evacuate towards the permanent residence in cases where it is permitted and required for medical reasons;
 - 32) voluntary refusal of the Policyholder (Insured) to fulfill doctor's instructions to him, in connection with the appeal on the insurance event.
- 2. According to these Rules of insurance, expenses shall not be refunded in the following cases:**
- 1) a course of treatment started before and continued during the term of the Insurance agreement, as well as in case of existence of medical contraindications for this trip, which the Insured knew or should have known;
 - 2) evacuation or transportation to a medical institution (from one hospital to another) not organized by the Service company and produced without the prior consent of the Insurer. This provision shall not apply if the evacuation was caused by extraordinary circumstances, or if the Insured stays at a certain place of the initial treatment, which created a direct threat to its life (health) due to lack of the required funds and/or equipment;
 - 3) evacuation for minor illnesses or injuries (bruises, injuries), which can be treated at the place of residence of the Insured and shall not prevent the continuation of the trip;
 - 4) transportation of the body of the disabled, cancer patient, chronically ill person, or person who came abroad to receive treatment and died from the treatment, illness or injury received before the trip abroad;

- 5) causing damage to the Insured as a result of illegal actions of the Insured, as well as in a state of alcoholic, drug or toxic influence of the Insured, if the damage was a direct consequence of such influence;
 - 6) deliberate actions of the Insured (Policyholder, Beneficiary) aimed at the occurrence of the insured event;
 - 7) diseases during the period of stay of the Insured person in a sanatorium for the treatment of which the institution is specialized;
 - 8) medical examination or receiving medical care (medical treatment) not related to sudden illness or injury of the Insured person;
 - 9) if the trip was undertaken to obtain treatment;
 - 10) information from the Policyholder to the Insurer of deliberately false information about its health and/or the volume and cost of medical services rendered to it;
 - 11) carrying out the medical procedures by doctor or nurse, which are not required for the diagnosis and treatment of this disease;
 - 12) physiotherapy or rehabilitation treatment, if it is not caused by an accident or the onset of exacerbation of chronic disease;
 - 13) associated with providing additional comfort (wards of the "luxe" type, TV, telephone, air conditioning, hairdresser, masseuse, beautician, translator-interpreter);
 - 14) carrying out preventive vaccination, disinfection, medical examination;
 - 15) if the treatment was carried out by relatives of the Insured;
 - 16) purchase or repair of medical supplies (glasses, hearing devices).
3. The Insurer shall not make the insurance payment for:
- 1) indirect commercial losses of the Policyholder (Insured), losses (fines, penalties), damage in the form of lost profits;
 - 2) non-pecuniary damage.
4. The costs of the Insured as a result of employment in manual labor, dangerous outdoor activities (including safaris, scuba diving, rafting, rock climbing, etc.), amateur or professional sports, except the cases of insurance of persons who went abroad to participate in sports activities and were accepted for insurance under Section 2 – Insurance of persons traveling abroad to participate in sports activities, shall not be the insurance event and not subject to reimbursement.

Article 5. Order of concluding the insurance agreement

1. At the conclusion of the insurance agreement the Policyholder shall be obliged to inform the Insurer the circumstances known to the Policyholder, which are essential for determining the probability of occurrence of the insured event and the amount of possible losses from its onset, if the circumstances are not known and need not to be known to the Insurer, including:
 - 1) name, address, bank details, phone number;
 - 2) name, date of birth, permanent address, phone of the Insured;
 - 3) territory of insurance, purpose and period of traveling abroad;
 - 4) information essential for the assessment of insurance risk, the probability of occurrence of the insured event and the amount of possible losses from its onset, if the circumstances are not known and need not to be known to the Insurer;
 - 5) mobile phone of the close relative with whom it may be contacted if necessary;
 - 6) list of expenses and services covered by the insurance;
 - 7) presence of diseases, including chronic, cancer, disability, pregnancy.
2. For conclusion of an insurance agreement the Insurer may require the Policyholder to provide documents characterizing the degree of risk, which are essential for determining the

probability of occurrence of the insured event and the amount of possible losses from its onset, if the circumstances are not known and need not to be known to the Insurer.

3. The Insurer in case of identifying the facts of false information or concealment of information to the Insurer by the Policyholder, the Insurer shall refuse the insurance payment.
4. The insurance agreement shall be concluded in writing by issuing the insurance policy (Annex No.1) from the Insurer to the Policyholder, at that persons traveling abroad with the purpose excluding participation in sports activities shall be insured under Section 1 in the insurance policy, and those traveling abroad to participate in sports activities shall be insured in accordance with Section 2, which is indicated in the insurance policy.
5. The Insured shall be prohibited to transfer the insurance policy to others in order to obtain the services under the Insurance agreement.

If it is determined that the Insured has transferred the insurance policy to other person for such purposes, the Insurer shall be entitled to terminate the Insurance agreement in respect of this Insured without the return of the insurance premium.

6. With the loss of the insurance policy, the Insured shall immediately notify the Insurer within 24 hours. The lost documents shall be considered void and cannot be the basis for appealing to the service company. The Insurer shall issue a duplicate of the Insurance agreement on the basis of the written application of the Insured.

Article 6. Order of determining the sum insured

1. Sum insured is the amount of money for which the insurance object is insured and which is limiting the amount of liability of the Insurer in case of the insured event.
2. Sum insured shall be set out based on the list and the cost of the expenses and services covered by insurance and specified in the Insurance agreement.
3. The insurance agreement can determine:
 - 1) the total limit of liability, in which case the amount of all insurance payments for all insured events for the entire period of Insurance agreement cannot exceed this amount;
 - 2) the limit of the scope of liability for one or more insurance events;
 - 3) the limit of the scope of liability for one or more insurance risks, on one or more charges and services that are covered by the insurance, on one or more insurance events.

Article 7. Insurance premium

1. The insurance premium shall be set out in the Insurance agreement and mean the amount of money that the Policyholder is obliged to pay to the Insurer for the latter's commitment to make an insurance payment.
2. The size of the insurance premium payable under the Insurance agreement shall be calculated according to the insurance rates determining the rate of the insurance premium charged to the insured amount unit, taking into account the object of insurance, expenses and services covered by insurance and term insurance, as well as depending on the Section of insurance in the insurance policy (Section 1 – Insurance of persons traveling abroad for the purposes excluding participation in sporting events, Section 2 – Insurance of persons traveling abroad to participate in sporting events).
3. The insurance premium shall be payable by the Policyholder in a lump sum payment or by installments in the form of periodic premiums, in cash or by wire transfer.

Article 8. Deductible

1. Deductible is the exemption of the Insurer from insurance compensation, not exceeding a certain size, provided by the terms of insurance.
2. Unconditional deductible (deducted from the amount of insurance payment in any case). The size of deductible shall be stipulated in the Insurance agreement and the damage in all cases is reimbursed less the fixed amount.
3. Deductible shall be installed either as a percentage of the sum insured or in absolute amount.
4. The size of the deductible shall be established for each case and for each insurance section.

Article 9. Effective period and place of the insurance agreement

1. The insurance agreement shall be concluded for one particular trip abroad (travel, hiking, sightseeing, business trip) of the Policyholder (Insured) for a period of its duration. In the insurance agreement another period of insurance may be set out.
2. If the insurance agreement is valid for one year (or less than one year) and provides multiple trips abroad for the Insured, the insurance cover shall be valid for a period of actual stay of the Insured abroad. The actual number of days during which the insurance contract is effective shall be specified in the insurance agreement.
3. The period of validity of the insurance cover shall begin from the moment the Insured's crossing the border of the state specified in the insurance agreement (the mark of the border services in the passport), but not earlier than the beginning of the insurance period, and end at the return time, upon intersection by the Insured of the permanent residence country's border or at 00.00 hours specified on the last day of the insurance policy of the Insurance agreement.
4. In accordance with these Rules the place of the Insurance agreement shall apply only to the territory specified in the insurance agreement (insurance policy).

Article 10. Rights and obligations of the parties

1. **The Policyholder shall have the right to:**
 - 1) demand from the Insurer the compliance with these Rules of insurance and the Insurance agreement;
 - 2) request explanation of the insurance terms.
2. **The Policyholder shall be obliged to:**
 - 1) at the conclusion of the Insurance agreement to inform the Insurer about all known circumstances that are essential for the assessment of insurance risk and the Insurer's decision on conclusion of the Insurance agreement;
 - 2) pay the insurance premiums in the amount, order and terms established by the Insurance agreement;
 - 3) provide the Insurer with the documents that would explain the causes, course and consequences of the insured event, the nature and extent of loss caused in the order provided for in Art.14 of these Rules of insurance;
 - 4) at any insurance case, the consequences of which can be the insured event, immediately contact the Service company or the Insurer and obtain information about further actions;
 - 5) comply with the requirements of the Rules of insurance, terms of the Insurance agreement, doctor's prescription received during the provision of medical care and the schedule established by the medical institution;
 - 6) take care of the safety of insurance documents and do not transfer them to others in order to get the medical care;
 - 7) inform the Insureds on the insurance terms;

- 8) in case it is required by the Insurer to provide the Insured's checkup to assess the actual state of its health.
3. **The Insurer shall have the right to:**
- 1) check the information and documents provided by the Policyholder (Insured), as well as the performance of the requirements and terms of the Insurance Contract by the Policyholder (Insured);
 - 2) independently investigate the cause and circumstances of the event, having features of the insured event, including direct requests to competent authorities;
 - 3) demand from the Policyholder or the Insured the documents necessary to establish the fact of the insured event, the circumstances of its origin, in accordance with Art.14 of these Rules of insurance;
 - 4) delay the insurance payment to one month before the final confirmation of the occurrence, causes of the insured event, and the amount of damage;
 - 5) refuse in reimbursement of the costs of the Policyholder (Insured) for the provision of health care and the costs of sudden illness and accident occurring after the written refusal of the Policyholder (Insured) from the body transportation;
 - 6) refuse the insurance payment within the time limits provided for in these Rules of insurance, in the event of failure by the Policyholder (Insured) to comply with the requirements of the Insurance agreement with the written notice to the Insured of its causes;
 - 7) at any reasonable time to inspect and verify the circumstances that contributed to the risk of the insurance event;
 - 8) arrange the checkup of the Insured to assess the actual state of its health.
4. **The Insurer shall be obliged to:**
- 1) familiarize the Policyholder with these Rules of insurance and present their copy;
 - 2) in case of the insured event to make insurance payment in the amount, order and time specified in the Insurance agreement;
 - 3) indemnify the Policyholder (Insured) the expenses incurred by it to reduce losses during the insurance event;
 - 4) register the information about the insurance event;
 - 5) at the request of the Policyholder, to issue a certificate with the list of documents submitted and the date of their accepting;
 - 6) ensure the secrecy of insurance;
 - 7) in case of changes into the Rules of insurance to notify the authorized body in accordance with the current legislation of the Republic of Kazakhstan;
 - 8) control the amount, timing and quantity of the services provided under the terms of the Insurance agreement;
 - 9) in case of incomplete set of documents provided by the Policyholder for the insurance payment, to inform it within 7 business days from the date of providing the last document.
The legislative acts on insurance and insurance activities, as well as the insurance agreement may provide other obligations of the Insurer.
5. The list of rights and obligations of the parties in this section shall not be exhaustive, some obligations of the parties are provided by other Sections of these Rules of insurance.

Article 11. Consequences of increasing the insurance risk during the effective period of the insurance agreement

1. Within the period of Insurance agreement the Policyholder (Insured) shall immediately inform the Insurer in writing about the significant changes in circumstances which became

known to it and which have been communicated to the Insurer during conclusion of the insurance agreement, if these changes can significantly affect the increase of the insured risk.

2. The following changes shall be deemed as significant in any case:
 - 1) change of the purpose of trip;
 - 2) identification of any diseases or conditions of the Insured included into the list of exceptions to the insurance events set out by these Rules of insurance.
3. The Insurer having been notified about the circumstances entailing the increase of the insured risk shall have the right to demand changes in the terms of the Insurance agreement and payment of an additional premium commensurate the increase of the insurance risk.
4. If the Policyholder or the Insured object the changes in the terms of the Insurance agreement or additional payment of the insurance premium, the Insurer shall be entitled to demand termination of the Insurance agreement.
5. In case of failure of the Policyholder or the Insured to comply with the obligations provided for in p.1 Art.11 of these Rules of insurance, the Insurer shall be entitled to demand termination of the Insurance agreement and reimbursement of damages caused by the termination of the Insurance agreement.
6. The Insurer shall have no right to demand the termination of the Insurance agreement if the circumstances entailing the increase of the insured risk have already been no longer existed.

Article 12. The secrecy of insurance

1. The secrecy of insurance shall include information on the amount of the sum insured, prepaid insurance premiums, as well as other terms of the Insurance agreement relating to the identity of the Policyholder, Insured or Beneficiary.
2. The Insurer shall not be entitled to disclose the information, which it had received as a result of its professional activity, constituting secrecy of insurance, except in case of providing the information to other professional participants of the insurance market, related to the conclusion of insurance or reinsurance agreements, as well as in accordance with the applicable legislation requirements.
3. Secrecy of insurance may be disclosed to a third party on the basis of the written consent of the Policyholder, Insured or Beneficiary.
4. Information containing the secrecy of insurance shall be provided by:
 - 1) representatives of the Policyholder (Beneficiary) – on the basis of the notarized power of attorney;
 - 2) inquiry and preliminary investigation authorities – on criminal cases being processed;
 - 3) the court – on the proceedings being processed as per the decision of the court;
 - 4) the prosecutor – on the basis of the decision to arrange the checkup within its competence on the materials being processed;
 - 5) the authorized body on financial monitoring – for the purpose and in the order set out by the Law of the Republic of Kazakhstan "On counteraction to legalization (laundering) of proceeds from crime and terrorism financing";
 - 6) State Corporation "Government for Citizen" in the purposes provided by the p.4 Art.59 of the Law of the Republic of Kazakhstan «On pension provision in the Republic of Kazakhstan»;
 - 7) Authorized state body – on issues related to the implementation of supervision of the insurance activity;

- 8) insurance holding-resident of the Republic of Kazakhstan – for the purposes of calculation of prudential standards of the insurance groups, as well as formation of the risk management and internal control systems of the insurance group;
 - 9) Other persons in accordance with the legislation acts of the Republic of Kazakhstan on insurance and insurance activity.
5. Information containing the secrecy of insurance in the event of death of the Policyholder or the Beneficiary shall be issued to:
- 1) heirs;
 - 2) courts and notaries on the inheritance cases being processed on the basis of the decision of the court order or written request of a notary certified by its seal. The written request of the notary needs to be accompanied with a copy of the death certificate of the Policyholder or the Beneficiary;
 - 3) foreign consular offices – on inheritance cases being processed by them.
6. General terms of the insurance activities, the list of the proposed insurance services, insurance rates, insurance terms, as well as other basic terms of the insurance (reinsurance) agreement shall be the public information and cannot be the subject of insurance secrecy and commercial secrets.
7. In case of disclosure of information by the Insurer constituting the secrecy of insurance, the Policyholder (Beneficiary) shall be entitled to demand the reimbursement of damages, and in appropriate cases – compensation of non-pecuniary damage.

Article 13. Actions of the Policyholder (Insured) during the insurance event

1. Proving the insured event, as well as the damages caused shall rest with the Policyholder.
2. Upon the occurrence of any event, having features of the insured event and/or the consequences of which could be the case of insurance, i.e. before seeking the medical care (services) or other additional assistance specified in the Insurance agreement, the Insured shall, immediately but not later than 24 hours from the moment of its occurrence, contact the Service company at the numbers listed in the Insurance agreement and inform the following:
 - 1) Surname, name, number and effective period of the insurance policy;
 - 2) Its location and contact phones;
 - 3) Brief description of what happened and which services it needs.
3. Upon being instructed by the information from the Service company, the Insured shall act in accordance with the received instructions.
4. Upon the occurrence of an insured event under the Insurance agreement the Service Company, on behalf of the Insurer, shall provide the arrangement of the emergency medical care, emergency evacuation, expenses for the transportation of the body of the Insured in the event of its death within the sum insured and the insurance limits set out by the Insurance agreement.
5. In case of emergency, if an urgent call has not been made to apply for medical services, and the Insured already received the medical care, the Insured (or its representative) shall be obliged to:
 - 1) immediately before the end of the Insurance agreement, inform the following to the Service company:
 - a) name and address of the hospital where the Insured has been addressed to,
 - b) name, address and phone of the doctor in charge,
 - c) permanent residence address and citizenship of the Insured,
 - d) Insurance agreement (insurance policy) number.
 - 2) to provide at the request of the Insurer and/or Service Company the documentation of the

- treatment (outpatient card, prescription form, referral for hospitalization, conclusion, certificates and confirmation issued by the attending doctor), associated with the insured event, as well as the opportunity to familiarize with the medical records through the release of the attending doctor from the duty of keeping the medical confidentiality.
6. Timely appeal to the Service company and the coordination of the expenses of the Insured related to the costs and services covered by the insurance in accordance with the Insurance agreement shall be obligatory for implementation of insurance payment.
 7. Untimely notification by the Policyholder (Insured) of the Service Company or the Insurer on the occurrence of the event, the consequences of which could be the insurance event, shall provide the latter with the right to refuse the insurance payment in writing, in whole or in part, except if the Policyholder (Insured) was not able to perform these actions for a good reason and confirmed that with documents.

Article 14. Order and terms of insurance payments. List of documents confirming the insurance event and the amount of losses

1. In case of insurance event the Insurer shall be obliged to make an insurance payment in accordance with the terms of the Insurance agreement.
2. Insurance payment shall be made by payment of invoices by the Insurer charged by the Service company for reimbursement of services provided by the Insurance agreement.
3. The amount of insurance payment for the consequences of one or more insured events that occurred during its stay abroad, in the period of the Insurance agreement, cannot exceed the maximum amount of liability (sum insured) set out for each insured event in accordance with these Rules of insurance and Insurance agreement.
4. For receiving the insurance payment the Policyholder (Insured) within one month after returning to the country of permanent residence shall submit a written application about the insurance payment.
5. The Policyholder (Insured) shall attach the following documents to the application on the insurance payment:
 - 1) copy of the insurance policy or its duplicate (in case of loss of the insurance policy);
 - 2) originals of medical documents containing information about the diagnosis, health state of the Insured at the time of seeking the medical care, on manipulations and treatment provided, or medical document about the accident;
 - 3) originals of prescriptions, invoices, receipts for payment of medical services and medicines;
 - 4) documents confirming the fact and causes of the insured event issued by the competent authorities (such documents shall be: certificate, confirmations, protocols, resolutions, decisions, conclusions).
6. The documents listed in p.5 Art.14 of these Rules of insurance shall be provided to the Insurer with a translation into the state, Russian or English language. The costs of translation of documents shall be incurred by the Policyholder (Insured).
7. In case of failure by the Insured (its heirs) within 30 days after arrival in the country of permanent residence to provide the application for insurance payment and the documents required for insurance payment, the Insurer shall have the right to refuse the insurance payment in writing.
8. The Insured shall, at the request of the Insurer, pass a medical checkup and submit its results.

Article 15. Period of making the decision on the insurance payment or refuse in the insurance payment

1. Period of payment of the medical services provided by a medical institution or Service company to the Insured and other additional costs shall be determined by agreement between the Insurer (its representative) and the medical institution or Service Company.
2. The Insurer, upon receipt of all necessary documents provided by p.5 Art.14 of the Rules of insurance for making a decision about insurance payment or refusal in insurance payment, within thirty (30) business days shall provide the insurance payment or refuse the insurance payment with a justification of the reasons for refusal in the implementation of insurance payments.
3. Refusal of the Insurer to pay the insurance payment may be appealed in court.
4. The reason for refuse in implementation of the insurance payment by the Insurer shall be the following:
 - 1) Submitting by the Policyholder (Insured) to the Insurer of deliberately false information about the object of insurance, the insured risk, the insured event and its consequences;
 - 2) deliberate actions of the Policyholder (Insured) aimed to occurrence of the insurance event;
 - 3) obstruction of the Policyholder (Insured) to the Insurer in investigation of the circumstances of the insured event and in determining the amount of loss caused by it;
 - 4) violations by the Policyholder (Insured) of the provisions of these Rules of insurance or Insurance agreement;
 - 5) in cases referred to under **Art.4** of these Rules of insurance;
 - 6) failure to notify within the period stated in the Insurance agreement and terms of the Service company or the representative of the Insurer about the insurance event if the Policyholder (Insured) does not provided documented evidence of the fact of having a justified reason for the late notification.

Article 16. Transfer of the Policyholder's right for reimbursement to the Insurer (subrogation)

1. The Insurer, which made an insurance payment on insurance risks related to property insurance, shall be transferred with the right to claim within the paid amounts, which the Insured has against the person responsible for the losses compensated as a result of insurance (the right of subrogation).
2. The Policyholder upon receipt of insurance payment shall transfer to the Insurer all available documents and evidence, and inform all the information required for the implementation of the right to claim by the Insurer, which passed to it in the order of subrogation.
3. If the Policyholder waived its right to claim against the person responsible for losses reimbursed by the Insurer, or exercise of this right has become impossible due to the fault of the Policyholder, the Insurer shall be exempt from insurance payment in whole or in relevant part and have the right to demand the return of overpaid amount.

Article 17. Terms of termination of the Insurance agreement

1. The Insurance agreement shall be terminated in the following cases:
 - Execution of obligations of the Insurer to the Policyholder (Insured) under the Insurance agreement in full;
 - Expiry of the insurance cover;
 - Non-payment of the insurance premium (contribution) within the period of the Insurance agreement, if only the Insurer decided to extend the term of the Agreement;

- Transfer of the insurance policy by the Insured and/or insurance cards to others in order to get the medical services under the Insurance agreement;
 - Liquidation of the Policyholder, which is a legal entity, or death of the Policyholder, which is an individual, if the Insured did not take over the obligations of the Policyholder to pay the insurance premiums;
 - Liquidation of the Insurer;
 - The court decision on recognition of the Insurance agreement as invalid.
2. If the Insurance agreement is terminated in case of death of the Insured, which is not the Policyholder, when there was no replacement or when the possibility of occurrence of the insured event was no longer active and the existence of the insured risk was stopped due to circumstances other than the insured event, the Insurance agreement shall be considered as terminated from the moment of occurrence of the specified circumstances. In this case the Insured shall be entitled to a part of the insurance premium in proportion to the remaining effective period of the Insurance agreement.
 3. In case of refusal of the Policyholder from the Insurance agreement, if it is not related to the circumstances referred to in **p.1 Art.841 of the Civil Code of the Republic of Kazakhstan**, the paid insurance premium or premiums shall not be refundable.
 4. In cases where the early termination of the Insurance agreement was caused by non-fulfillment of its conditions due to the fault of the Insurer, the latter shall be obliged to return the paid insurance premium to the Policyholder in full.

Article 18. Order of disputes settlement

1. Disputes under the Insurance agreement arising between the Insurer and the Policyholder (Beneficiary) shall be considered directly by the parties by means of negotiations.
2. Disputes not resolved by the parties shall be referred to the Court.

Article 19. Additional provisions

1. The Insurance agreement may be amended and supplemented only by means of termination of the Agreement and conclusion of the new one.

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСИ / СТРАХОВОЙ ПОЛИС / INSURANCE POLICY

САҚТАНДЫРУ ТҮРІ / ВИД СТРАХОВАНИЯ / Шетелге шығатын азаматтарды еркімі сақтандыру / Добровольное страхование граждан, выезжающих за границу / Voluntary insurance of people travelling abroad

САҚТАНДЫРУШЫ / СТРАХОВЩИК / INSURER - АО «СК «Евразия»/ Eurasia IC JSC
050004 г. Желтоқсан, 59/59 Zheltoksan Str., 050004, т.фел +7(727)258 43 36; 8-800-080-0099
БИ/Н/ВН 050540000024; осыған 07.06.2010г. IBAN: KZ4094806KZT22030005, Филиал №6/Branch No.6 АО «Евразийский банк»/Eurasian Bank JSC, г. Алматы/Almaty, BIC/SWIFT: EURIKZKA

САҚТАНУШЫ/ POLICYHOLDER

орналасқан жері, қала, мекенжайы/ местонахождение, город, адрес / location, city, address

ЖСН/БИН/BIN

СТРАХОВАТЕЛЬ/

төлқұжат №
паспорта/Passport No.

туған күні/дата
рождения /
date of birth

ЖСН/ИИН/IN

ВЭД / EEA

МOC / Location

САҚТАНДЫРЫЛУШЫ/ ЗАСТРАХОВАННЫЙ / INSURED

1				Программа/Program	
2					
3				Бару мақсаты/Цель поездки/Purpose of trip:	
4					

Валютаның атауы/полис берілген күні бағамы/Наименование валюты/курс на
день выдачи полиса/Currency/exchange rate at the date of Policy

САҚТАНДЫРУ СЫЯҚЫСЫ / СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ / INSURANCE PREMIUM

САҚТАНДЫРУ СОМАСЫ / СТРАХОВАЯ СУММА / SUM INSURED

ФРАНШИЗА / ФРАНШИЗА / DEDUCTIBLE

ЕРЕКШЕ ЖАҒДАЙЛАР/ОСОБЫЕ
УСЛОВИЯ / SPECIAL TERMS

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСИ ҚОЛДАНЫЛАТЫН АЙМАҚ/ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА/TERRITORY OF THE INSURANCE
POLICY

САҚТАНДЫРУ СЫЙЛЫҚАҚЫСЫНЫҢ ВАЛЮТА ТҮРІ, ОНЫ ТӨЛЕУ ТӘРТІБІ МЕН МЕРЗІМДЕРІ / ВИД ВАЛЮТЫ, ПОРЯДОК И СРОКИ УПЛАТЫ
СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ /CURRENCY, ORDER AND TERMS OF PAYMENT OF THE INSURANCE PREMIUM

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСІНІҢ ҚОЛДАНУ МЕРЗІМІ /

Күн саны/Количество дней/Q-ty of
days:

СРОК ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА / EFFECTIVE PERIOD OF THE INSURANCE POLICY

Сақтандыру шарттарымен таныстым.өзім хабарлаған деректердің анықталуына растаймын, полисті алдым.
С условиями страхования ознакомлен, достоверность сообщенных мною сведений подтверждаю, полис получил.
Familiarized with the terms of insurance, confirm the authenticity of the information provided by me, received the policy.
Сақтандырушы (немесе оның өкілі / Страховщик (или его представитель) / Insurer (or its representative)

Жасалған күні/Дата заключения/Date of conclusion:

Сақтандыру қағидаларымен таныстым және көшірмесін алдым.
С Правилами страхования, ознакомлен, согласен, копию получил.
Familiarized and agree with the Rules of insurance, received a copy.
Сақтанушы/ Страхователь / Policyholder

ШТРИХ
КОД

МІТ / Seal (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)

МІТ / Seal (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСИ / СТРАХОВОЙ ПОЛИС / INSURANCE POLICY

САҚТАНДЫРУ ТҮРІ / ВИД СТРАХОВАНИЯ / Шетелге шығатын азаматтарды ерікті сақтандыру/ Добровольное страхование граждан, выезжающих за границу / Voluntary insurance of people traveling abroad

САҚТАНДЫРУШЫ / СТРАХОВЩИК / INSURER - АО «СК «Евразия»/ Eurasia IC JSC

050004 г. Желтоқсан, 59/59 Zheltoksan Str., 050004, т.ф. +7(727)258 43 36; 8-800-080-0099

БИН/ВИН 950540000024; с/снес 07.06.2010г.; IBAN: KZ4094806KZT22030005, Филиал №6/Branch No.6 АО «Евразийский банк»/Eurasian Bank JSC, г. Алматы/Almaty, BIC/SWIFT: EURKZKKA

САҚТАНУШЫ/ POLICYHOLDER

орналасқан жері, қала, мекенжайы/ местонахождение, город, адрес / location, city, address

ЖСН/БИН/VIN

КСЭ/CSE

ПР/PR

ПА/РА

ВЭД / EEA

МОС / Location

САҚТАНДЫРУШЫНЫҢ АТ-НАМЫ / ФИО ПОЛИСАДАТ / NAME OF INSURANCE POLICY

САҚТАНДЫРУ СОМАСЫ / СТРАХОВАЯ СУММА / SUM INSURED

ФРАНШИЗА / ФРАНШИЗА / DEDUCTIBLE

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСИ ҚОЛДАНЫЛАТЫН АЙМАҚ / ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА / TERRITORY OF THE INSURANCE POLICY

САҚТАНДЫРУ СЫЙЛЫҚАҚЫСЫНЫҢ ВАЛЮТА ТҮРІ, ОНЫ ТӨЛЕУ ТӘРТІБІ МЕН МЕРЗІМДЕРІ / ВИД ВАЛЮТЫ, ПОРЯДОК И СРОКИ УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ / CURRENCY, ORDER AND TERMS OF PAYMENT OF THE INSURANCE PREMIUM

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСІНІҢ ҚОЛДАНУ МЕРЗІМІ /

СРОК ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА / EFFECTIVE PERIOD OF THE INSURANCE POLICY

САҚТАНДЫРУШАРТТАРЫМЕН ТАНЫСТЫМ, АЯМ ХАБАРЛАҒАН ДЕРЕКТЕРДІҢ ШЫНАЙЛЫҒЫН РАСТАЙМЫН, ПОЛИСТІ АЛДЫМ. С УСЛОВИЯМИ СТРАХОВАНИЯ ОЗНАКОМЛЕН, ДОСТОВЕРНОСТЬ СООБЩЕННЫХ МНОЮ СВЕДЕНИЙ ПОДТВЕРЖДАЮ, ПОЛИС ПОЛУЧИЛ. Familiarized with the terms of insurance, confirm the authenticity of the information provided by me, received the policy. Сақтандырушы (немесе оның скип/ Страховщик (или его представитель) / Insurer (or its representative)

Менің / Seal (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)

МЕМЛЕКЕТТІК ЛИЦЕНЗИЯ / ГОСУДАРСТВЕННАЯ ЛИЦЕНЗИЯ / STATE LICENSE №2.1.6. от / dated «14» января/ January 2016 г.

СЕРИЯ/SERIES ДОС/ Шарт/ Договор/Agreement № от/dated

Жасалған күні/Дата заключения/Date of conclusion:

Сактандыру қағидаларымен таныстым және көпісемін, көшірмесін алдым. С Правилами страхования, ознакомлен , согласен, копию получил. Familiarized and agree with the Rules of insurance, received a copy. Сақтанушы/ Страхователь / Policyholder

Менің / Seal (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСИ / СТРАХОВОЙ ПОЛИС / INSURANCE POLICY

САҚТАНДЫРУ ТҮРІ / ВИД СТРАХОВАНИЯ / Шетелге шығатын азаматтарды ерікті сақтандыру/ Добровольное страхование граждан, выезжающих за границу / Voluntary insurance of people traveling abroad

САҚТАНДЫРУШЫ / СТРАХОВЩИК / INSURER - АО «СК «Евразия»/ Eurasia IC JSC

050004 г. Желтоқсан, 59/59 Zheltoksan Str., 050004, т.ф. +7(727)258 43 36; 8-800-080-0099

БИН/ВИН 950540000024; с/снес 07.06.2010г.; IBAN: KZ4094806KZT22030005, Филиал №6/Branch No.6 АО «Евразийский банк»/Eurasian Bank JSC, г. Алматы/Almaty, BIC/SWIFT: EURKZKKA

САҚТАНУШЫ/ POLICYHOLDER

орналасқан жері, қала, мекенжайы/ местонахождение, город, адрес / location, city, address

ЖСН/БИН/VIN

КСЭ/CSE

ПР/PR

ПА/РА

ВЭД / EEA

МОС / Location

САҚТАНДЫРУШЫНЫҢ АТ-НАМЫ / ФИО ПОЛИСАДАТ / NAME OF INSURANCE POLICY

САҚТАНДЫРУ СОМАСЫ / СТРАХОВАЯ СУММА / SUM INSURED

ФРАНШИЗА / ФРАНШИЗА / DEDUCTIBLE

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСИ ҚОЛДАНЫЛАТЫН АЙМАҚ / ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА / TERRITORY OF THE INSURANCE POLICY

САҚТАНДЫРУ СЫЙЛЫҚАҚЫСЫНЫҢ ВАЛЮТА ТҮРІ, ОНЫ ТӨЛЕУ ТӘРТІБІ МЕН МЕРЗІМДЕРІ / ВИД ВАЛЮТЫ, ПОРЯДОК И СРОКИ УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ / CURRENCY, ORDER AND TERMS OF PAYMENT OF THE INSURANCE PREMIUM

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСІНІҢ ҚОЛДАНУ МЕРЗІМІ /

СРОК ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА / EFFECTIVE PERIOD OF THE INSURANCE POLICY

САҚТАНДЫРУШАРТТАРЫМЕН ТАНЫСТЫМ, АЯМ ХАБАРЛАҒАН ДЕРЕКТЕРДІҢ ШЫНАЙЛЫҒЫН РАСТАЙМЫН, ПОЛИСТІ АЛДЫМ. С УСЛОВИЯМИ СТРАХОВАНИЯ ОЗНАКОМЛЕН, ДОСТОВЕРНОСТЬ СООБЩЕННЫХ МНОЮ СВЕДЕНИЙ ПОДТВЕРЖДАЮ, ПОЛИС ПОЛУЧИЛ. Familiarized with the terms of insurance, confirm the authenticity of the information provided by me, received the policy. Сақтандырушы (немесе оның скип/ Страховщик (или его представитель) / Insurer (or its representative)

Менің / Seal (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)

МЕМЛЕКЕТТІК ЛИЦЕНЗИЯ / ГОСУДАРСТВЕННАЯ ЛИЦЕНЗИЯ / STATE LICENSE №2.1.6. от / dated «14» января/ January 2016 г.

СЕРИЯ/SERIES ДОС/ Шарт/ Договор/Agreement № от/dated

Жасалған күні/Дата заключения/Date of conclusion:

Сактандыру қағидаларымен таныстым және көпісемін, көшірмесін алдым. С Правилами страхования, ознакомлен , согласен, копию получил. Familiarized and agree with the Rules of insurance, received a copy. Сақтанушы/ Страхователь / Policyholder

Менің / Seal (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)

ШТРИХ
КОД

ШТРИХ
КОД

САҚТАНДЫРУ ОБЪЕКТІСІ / ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ / INSURANCE OBJECT	Сактандырылушының сактандыру жағдайына негізделген және Сактандырылушының осы сактандыру полисінде көрсетілген шетел аумағында болу кезінде медициналық көмек алуға кеткен шығыстарына байланысты мүлкітік мүдделері. Имущественные интересы Застрахованного, обусловленные страховым случаем и связанные с расходами Застрахованного на получение медицинской помощи возникшими в период его пребывания за границей на территории, указанной в настоящем страховом Полисе. Property interests of the Insured due to insurance risk and costs associated with the Insured to receive the medical care, aroused during its stay abroad in the territory specified in the insurance policy.
САҚТАНДЫРУ ТӘАУЕКЕЛДЕРІ / СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ / INSURANCE EVENT	Сактанушы/Сактандырылушы шетелде болу кезінде орын алған және Сактанушының/Сактандырылушының денсаулығына зиян келтіну және жедел медициналық көмек алу, жедел эвакуациялану. Сактандырылушы қайтыс болған жағдайда оның мейітін тасымалдау шығыстарына аяқт соққан және Сактандыру қатідаларының 3-бабының 2-тармағысында көрсетілген жағдайға апарған кенеттен сираттану ықтималдығы мен кездейсоқтық белгілері бар оқиға не жағдайдың жағдай. Событие, обладающее признаками вероятности и случайности внезапное острое заболевание либо несчастный случай приведшие Застрахованного к состоянию, указанному в п. 2 ст. 3 Правил страхования, произошедшие за границей и повлекшее за собой ущерб здоровью и к расходам Страхователя/Застрахованного на получение экстренной медицинской помощи, экстренной эвакуации, расходов на перевозку тела Застрахованного в случае его смерти. The event which has signs of probability and randomness, sudden acute illness or an accident that led the Insured to the state specified in p.2 Art.3 of the Rules of insurance, aroused while being abroad and entailing damage to health and the costs of the Policyholder/Insured to receive emergency medical care, emergency evacuation, the Insured's body transportation in the event of its death.
САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТӨРТБІ МЕН МЕРЗІМІ / ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ / ORDER AND TERMS OF INSURANCE PAYMENT	Сактандырушы сактандыру төлемі немесе сактандыру төлемінен бас тарту туралы шешім қабылдау үшін Сактандыру қатідаларында көзделген барлық қажетті құжаттарды алғаннан кейін соңғы құжат тапсырылған кезден бастап 30 жұмыс күні ішінде сактандыру төлемін жүзеге асырады немесе сактандыру төлемінен бас тартпайды. Сактандыру төлемі Пайда алушы ұсынған шотқа сәйкес АҚШ доллары, Еуро, ресей рублі валюталарымен жасалады, ал басқа жағдайларда сактандыру төлемі теңгемен жүзеге асырылады. Страховщик, после получения всех необходимых документов, предусмотренных Правилами страхования для принятия решения о страховой выплате или об отказе в страховой выплате, в течение30 рабочих дней с момента предоставления последнего документа осуществляет страховую выплату или отказывает в страховой выплате Страховая выплата производится в валютах доллар США, Евро, российский рубль согласно счета выставленного Выгодоприобретателем, в иных случаях страховая выплата производится в тенге. The Insurer, upon receipt of all necessary documents provided by the Rules of insurance to make a decision about the insurance payment or refusal to pay the insurance payment, shall arrange the insurance payment or refuse in insurance payment within 30 business days from providing the last document. Insurance payment shall be arranged in US Dollars, Euro, Rubles according to the invoice charged by the Beneficiary, otherwise the insurance payment shall be provided in Tenge.
ШАРТҚА ӨЗГЕРІСТЕР ЕНГІЗУ ТӨРТБІ МЕН ЖАҒДАЙЫ/ПОРЯДОК И СЛУЧАИ ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В ДОГОВОР / ORDER AND CASES OF AMENDMENTS INTO THE AGREEMENT	Сактандыру талпаптары өзгерген жағдайда сактандыру шарты бузылады және тараптар шартты жаңа редакцияда жасайды. В случае изменения условия страхования договор страхования подлежит расторжению и стороны заключают договор в новой редакции. In case of amendments to the terms of insurance the Insurance agreement shall be subject to termination and the parties shall sign the agreement in the new version.
ЖЕТПЕЙТІН ҚҰЖАТТАР ТУРАЛЫ ХАБАРЛАУ МЕРЗІМДЕРІ/СРОКИ УВЕДОМЛЕНИЯ О НЕДОСТАЮЩИХ ДОКУМЕНТАХ / PERIOD OF NOTIFICATION ON MISSING DOCUMENTS	Соңғы құжаттар тапсырылған күннен бастап 7 жұмыс күні 7 рабочих дней с даты предоставления последних документов. 7 business days from the date of providing the last document.
ПАЙДА АЛУШЫ/ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ / BENEFICIARY:	Қызмет көрсету компаниясы (не полиске сәйкес сактандыру төлемін алушы болып табылатын сактандырылушы). Сервисная компания (либо Застрахованный, являющийся соответстви с полисом получателем страховой выплаты). Service company (or the Insured being the receiver of the insurance payment in accordance with the Policy).
САҚТАНДЫРУ ОБЪЕКТІСІ / ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ / INSURANCE OBJECT	Сактандырылушының сактандыру жағдайына негізделген және Сактандырылушының осы сактандыру полисінде көрсетілген шетел аумағында болу кезінде медициналық көмек алуға кеткен шығыстарына байланысты мүлкітік мүдделері. Имущественные интересы Застрахованного, обусловленные страховым случаем и связанные с расходами Застрахованного на получение медицинской помощи возникшими в период его пребывания за границей на территории, указанной в настоящем страховом Полисе. Property interests of the Insured due to insurance risk and costs associated with the Insured to receive the medical care, aroused during its stay abroad in the territory specified in the insurance policy.
САҚТАНДЫРУ ТӘАУЕКЕЛДЕРІ / СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ / INSURANCE EVENT	Сактанушы/Сактандырылушы шетелде болу кезінде орын алған және Сактанушының/Сактандырылушының денсаулығына зиян келтіну және жедел медициналық көмек алу, жедел эвакуациялану. Сактандырылушы қайтыс болған жағдайда оның мейітін тасымалдау шығыстарына аяқт соққан және Сактандыру қатідаларының 3-бабының 2-тармағысында көрсетілген жағдайға апарған кенеттен сираттану ықтималдығы мен кездейсоқтық белгілері бар оқиға не жағдайдың жағдай. Событие, обладающее признаками вероятности и случайности внезапное острое заболевание либо несчастный случай приведшие Застрахованного к состоянию, указанному в п. 2 ст. 3 Правил страхования, произошедшие за границей и повлекшее за собой ущерб здоровью и к расходам Страхователя/Застрахованного на получение экстренной медицинской помощи, экстренной эвакуации, расходов на перевозку тела Застрахованного в случае его смерти. The event which has signs of probability and randomness, sudden acute illness or an accident that led the Insured to the state specified in p.2 Art.3 of the Rules of insurance, aroused while being abroad and entailing damage to health and the costs of the Policyholder/Insured to receive emergency medical care, emergency evacuation, the Insured's body transportation in the event of its death.
САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТӨРТБІ МЕН МЕРЗІМІ / ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ / ORDER AND TERMS OF INSURANCE PAYMENT	Сактандырушы сактандыру төлемі немесе сактандыру төлемінен бас тарту туралы шешім қабылдау үшін Сактандыру қатідаларында көзделген барлық қажетті құжаттарды алғаннан кейін соңғы құжат тапсырылған кезден бастап 30 жұмыс күні ішінде сактандыру төлемін жүзеге асырады немесе сактандыру төлемінен бас тартпайды. Сактандыру төлемі Пайда алушы ұсынған шотқа сәйкес АҚШ доллары, Еуро, ресей рублі валюталарымен жасалады, ал басқа жағдайларда сактандыру төлемі теңгемен жүзеге асырылады. Страховщик, после получения всех необходимых документов, предусмотренных Правилами страхования для принятия решения о страховой выплате или об отказе в страховой выплате, в течение30 рабочих дней с момента предоставления последнего документа осуществляет страховую выплату или отказывает в страховой выплате Страховая выплата производится в валютах доллар США, Евро, российский рубль согласно счета выставленного Выгодоприобретателем, в иных случаях страховая выплата производится в тенге. The Insurer, upon receipt of all necessary documents provided by the Rules of insurance to make a decision about the insurance payment or refusal to pay the insurance payment, shall arrange the insurance payment or refuse in insurance payment within 30 business days from providing the last document. Insurance payment shall be arranged in US Dollars, Euro, Rubles according to the invoice charged by the Beneficiary, otherwise the insurance payment shall be provided in Tenge.
ШАРТҚА ӨЗГЕРІСТЕР ЕНГІЗУ ТӨРТБІ МЕН ЖАҒДАЙЫ/ПОРЯДОК И СЛУЧАИ ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В ДОГОВОР / ORDER AND CASES OF AMENDMENTS INTO THE AGREEMENT	Сактандыру талпаптары өзгерген жағдайда сактандыру шарты бузылады және тараптар шартты жаңа редакцияда жасайды. В случае изменения условия страхования договор страхования подлежит расторжению и стороны заключают догово в новой редакции. In case of amendments to the terms of insurance the Insurance agreement shall be subject to termination and the parties shall sign the agreement in the new version.
ЖЕТПЕЙТІН ҚҰЖАТТАР ТУРАЛЫ ХАБАРЛАУ МЕРЗІМДЕРІ/СРОКИ УВЕДОМЛЕНИЯ О НЕДОСТАЮЩИХ ДОКУМЕНТАХ / PERIOD OF NOTIFICATION ON MISSING DOCUMENTS	Соңғы құжаттар тапсырылған күннен бастап 7 жұмыс күні 7 рабочих дней с даты предоставления последних документов. 7 business days from the date of providing the last document.
ПАЙДА АЛУШЫ/ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ / BENEFICIARY:	Қызмет көрсету компаниясы (не полиске сәйкес сактандыру төлемін алушы болып табылатын сактандырылушы). Сервисная компания (либо Застрахованный, являющийся соответстви с полисом получателем страховой выплаты). Service company (or the Insured being the receiver of the insurance payment in accordance with the Policy).
САҚТАНДЫРУ ОБЪЕКТІСІ / ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ / INSURANCE OBJECT	Сактандырылушының сактандыру жағдайына негізделген және Сактандырылушының осы сактандыру полисінде көрсетілген шетел аумағында болу кезінде медициналық көмек алуға кеткен шығыстарына байланысты мүлкітік мүдделері. Имущественные интересы Застрахованного, обусловленные страховым случаем и связанные с расходами Застрахованного на получение медицинской помощи возникшими в период его пребывания за границей на территории, указанной в настоящем страховом Полисе. Property interests of the Insured due to insurance risk and costs associated with the Insured to receive the medical care, aroused during its stay abroad in the territory specified in the insurance policy.
САҚТАНДЫРУ ТӘАУЕКЕЛДЕРІ / СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ / INSURANCE EVENT	Сактанушы/Сактандырылушы шетелде болу кезінде орын алған және Сактанушының/Сактандырылушының денсаулығына зиян келтіну және жедел медициналық көмек алу, жедел эвакуациялану. Сактандырылушы қайтыс болған жағдайда оның мейітін тасымалдау шығыстарына аяқт соққан және Сактандыру қатідаларының 3-бабының 2-тармағысында көрсетілген жағдайға апарған кенеттен сираттану ықтималдығы мен кездейсоқтық белгілері бар оқиға не жағдайдың жағдай. Событие, обладающее признаками вероятности и случайности внезапное острое заболевание либо несчастный случай приведшие Застрахованного к состоянию, указанному в п. 2 ст. 3 Правил страхования, произошедшие за границей и повлекшее за собой ущерб здоровью и к расходам Страхователя/Застрахованного на получение экстренной медицинской помощи, экстренной эвакуации, расходов на перевозку тела Застрахованного в случае его смерти. The event which has signs of probability and randomness, sudden acute illness or an accident that led the Insured to the state specified in p.2 Art.3 of the Rules of insurance, aroused while being abroad and entailing damage to health and the costs of the Policyholder/Insured to receive emergency medical care, emergency evacuation, the Insured's body transportation in the event of its death.
САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТӨРТБІ МЕН МЕРЗІМІ / ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ / ORDER AND TERMS OF INSURANCE PAYMENT	Сактандырушы сактандыру төлемі немесе сактандыру төлемінен бас тарту туралы шешім қабылдау үшін Сактандыру қатідаларында көзделген барлық қажетті құжаттарды алғаннан кейін соңғы құжат тапсырылған кезден бастап 30 жұмыс күні ішінде сактандыру төлемін жүзеге асырады немесе сактандыру төлемінен бас тартпайды. Сактандыру төлемі Пайда алушы ұсынған шотқа сәйкес АҚШ доллары, Еуро, ресей рублі валюталарымен жасалады, ал басқа жағдайларда сактандыру төлемі теңгемен жүзеге асырылады. Страховщик, после получения всех необходимых документов, предусмотренных Правилами страхования для принятия решения о страховой выплате или об отказе в страховой выплате, в течение30 рабочих дней с момента предоставления последнего документа осуществляет страховую выплату или отказывает в страховой выплате Страховая выплата производится в валютах доллар США, Евро, российский рубль согласно счета выставленного Выгодоприобретателем, в иных случаях страховая выплата производится в тенге. The Insurer, upon receipt of all necessary documents provided by the Rules of insurance to make a decision about the insurance payment or refusal to pay the insurance payment, shall arrange the insurance payment or refuse in insurance payment within 30 business days from providing the last document. Insurance payment shall be arranged in US Dollars, Euro, Rubles according to the invoice charged by the Beneficiary, otherwise the insurance payment shall be provided in Tenge.
ШАРТҚА ӨЗГЕРІСТЕР ЕНГІЗУ ТӨРТБІ МЕН ЖАҒДАЙЫ/ПОРЯДОК И СЛУЧАИ ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В ДОГОВОР / ORDER AND CASES OF AMENDMENTS INTO THE AGREEMENT	Сактандыру талпаптары өзгерген жағдайда сактандыру шарты бузылады және тараптар шартты жаңа редакцияда жасайды. В случае изменения условия страхования договор страхования подлежит расторжению и стороны заключают договор в новой редакции. In case of amendments to the terms of insurance the Insurance agreement shall be subject to termination and the parties shall sign the agreement in the new version.
ЖЕТПЕЙТІН ҚҰЖАТТАР ТУРАЛЫ ХАБАРЛАУ МЕРЗІМДЕРІ/СРОКИ УВЕДОМЛЕНИЯ О НЕДОСТАЮЩИХ ДОКУМЕНТАХ / PERIOD OF NOTIFICATION ON MISSING DOCUMENTS	Соңғы құжаттар тапсырылған күннен бастап 7 жұмыс күні 7 рабочих дней с даты предоставления последних документов. 7 business days from the date of providing the last document.
ПАЙДА АЛУШЫ/ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ / BENEFICIARY:	Қызмет көрсету компаниясы (не полиске сәйкес сактандыру төлемін алушы болып табылатын сактандырылушы). Сервисная компания (либо Застрахованный, являющийся соответстви с полисом получателем страховой выплаты). Service company (or the Insured being the receiver of the insurance payment in accordance with the Policy).

УТВЕРЖДЕНО
Советом Директоров Акционерного общества
«Страховая компания «Евразия»
Протокол от «15» декабря 2020 года.



Евразия
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

**ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ В ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ**

1. Статью 4 дополнить пунктом 5 следующего содержания:

«5. Согласно настоящих Правил страхования, страховым случаем не является и страховое возмещение не осуществляется при:

1. диагностике ранее неизвестных, не изученных, не достаточно изученных заболеваний;
2. диагностических мероприятиях за пределами Республики Казахстан;
3. COVID-19 – coronavirus disease (диагностика и лечение);
4. коронавирусной инфекции неуточненной (диагностика и лечение);
5. ранее неизвестных, не изученных либо недостаточно/не до конца изученных заболеваний (в том числе новых видов и штаммов заболеваний, вызванных вирусной или бактериальной инфекцией);
6. заболеваниях, вызвавших эпидемию;
7. социально-значимых заболеваниях, медико-социальная помощь по которым оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.»

2. Статью 19 дополнить пунктами 2 и 3 следующего содержания:

«2. Страхователь, Застрахованный, Выгодоприобретатель не могут передавать права и обязанности по данному договору третьим лицам без письменного согласия Страховщика;

«3. Страхователь подтверждает, что получил согласие Застрахованного(ых) на заключение данного Договора. Страхователь может менять Выгодоприобретателя без согласия Застрахованного(ых).»

1. 4 бапты келесі мазмұндағы 5 тармақпен толықтыру:

«Осы Сақтандыру ережелеріне сәйкес сақтандыру жағдайы болып табылмайды және сақтандыру өтемі жүзеге асырылмайды:

1. бұрын белгісіз, зерттелмеген, жеткіліксіз зерттелген аурулардың диагностикасы кезінде;
2. Қазақстан Республикасынан тыс жерлерде диагностикалық іс-шаралар кезінде;
3. COVID-19-coronavirus disease (диагностикасы және емдеу);
4. анықталмаған коронавирустық инфекция (диагностикасы және емдеу);
5. бұрын белгісіз, зерттелмеген немесе жеткіліксіз/аяғына дейін зерттелмеген аурулар кезінде (оның ішінде вирусты немесе бактериялық инфекциядан туындаған аурулардың жаңа түрлері мен штаммдары);
6. індет тудырған аурулар кезінде;
7. тегін медициналық көмектің кепілді көлемі шеңберінде медициналық-әлеуметтік көмек көрсетілетін әлеуметтік-маңызды аурулар кезінде.»

2. 19 бапты келесі мазмұндағы 2 және 3 тармақтармен толықтыру:

«2. Сақтанушы, Сақтандырылушы, Пайда алушы Сақтандырушының жазбаша келісімінсіз осы Шарт бойынша құқықтар мен міндеттерді үшінші тұлғаларға бере алмайды;

3. Сақтанушы Сақтандырылушының(-лардың) осы Шартты жасауға келісімін алғандығын растайды. Сақтанушы Пайда алушыны Сақтандырылушының(-лардың) келісімінсіз өзгерте алады.»

1. To add Clause 5 to Article 4 with the following wording:

«5. According to these Insurance Rules, the following shall not be an insured event and the insurance compensation shall not be carried out in the following cases:

1. diagnosing the previously unknown, unstudied, insufficiently studied diseases;
2. diagnostic measures outside the Republic of Kazakhstan;
3. COVID-19 - coronavirus disease (diagnosis and treatment);
4. unspecified coronavirus infection (diagnosis and treatment);
5. previously unknown, not studied or insufficiently/not fully studied diseases (including new types and strains of diseases caused by a viral or bacterial infection);
6. diseases that caused the epidemic;
7. socially significant diseases, medical and social assistance for which is provided within the guaranteed scope of free medical care.»

2. To add Clauses 2 and 3 to Article 19 with the following wording:

«2. The Policyholder, the Insured, the Beneficiary may not assign their rights and obligations under the Contract to third parties without the written consent of the Insurer;

3. The Policyholder shall confirm that it obtained the consent of the Insured (-s) for conclusion of this Contract. The Policyholder may replace the Beneficiary without the consent of the Insured (s).»



УТВЕРЖДЕНО
Советом Директоров Акционерного общества
«Страховая компания «Евразия»
Протокол № 46019 20 18 года.



Евразия
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

**ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ В ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН,
ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ**



1. Оглавление изложить в следующей редакции:

«ОГЛАВЛЕНИЕ:

- Статья 1. Общие положения и понятия**
- Статья 2. Объект страхования**
- Статья 3. Страховые риски**
- Статья 4. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования**
- Статья 5. Порядок заключения договора страхования**
- Статья 6. Порядок определения страховой суммы**
- Статья 7. Страховая премия**
- Статья 8. Франшиза**
- Статья 9. Срок и место действия договора страхования**
- Статья 10. Права и обязанности сторон**
- Статья 11. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования**
- Статья 12. Тайна страхования**
- Статья 13. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая**
- Статья 14. Порядок и условия осуществления страховых выплат. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков**
- Статья 15. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате**
- Статья 16. Переход к страховщику прав страхователя на возмещение убытков (суброгация)**
- Статья 17. Условия прекращения договора страхования**
- Статья 18. Дополнительные условия**
- Статья 19. Порядок разрешения споров**
- Статья 20. Страховой омбудсман, его статус, принципы деятельности, порядок избрания и досрочное прекращение его полномочий».**

2. Статью 5 дополнить пунктом 7 следующего содержания:

«7. При заключении договора страхования между страхователем и страховщиком должно быть достигнуто соглашение:

- 1) о застрахованном лице;
- 2) о характере события, на случай наступления которого в жизни застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- 3) о размере страховой суммы;
- 4) о сроке действия договора.».

3. Дополнить Правила страхования статьей 20 следующего содержания:

«Статья 20. Страховой омбудсман, его статус, принципы деятельности, порядок избрания и досрочное прекращение его полномочий

1. Страховым омбудсманом является независимое в своей деятельности физическое лицо, осуществляющее урегулирование разногласий:

- 1) между страховыми организациями, возникающих по вопросам обязательного и добровольного страхования;
- 2) между страхователями (застрахованными, выгодоприобретателями) и страховыми организациями, возникающих из договоров страхования.

2. Страховой омбудсман осуществляет урегулирование разногласий, в которых в качестве страхователей (застрахованных, выгодоприобретателей) выступают физические лица и (или) субъекты малого предпринимательства. Иные юридические лица могут обратиться к страховому омбудсману только по классу (виду) обязательного страхования гражданско-правовой ответственности владельцев транспортных средств.

3. Сумма требований по разногласиям лиц, указанных в части второй настоящего пункта, не должна превышать десятикратный размер месячного расчетного показателя.».



1. Мазмұнын келесі редакцияда жазу:

«МАЗМҰНЫ:

- 1-бап. Жалпы ережелер және ұғымдар
- 2-бап. Сақтандыру объектісі
- 3-бап. Сақтандыру тәуекелдері
- 4-бап. Сақтандыру оқиғаларынан ерекшеліктер және сақтандыруды шектеу
- 5-бап. Сақтандыру шартын жасау тәртібі
- 6-бап. Сақтандыру сомасын айқындау тәртібі
- 7-бап. Сақтандыру сыйлықақысы
- 8-бап. Франшиза
- 9-бап. Сақтандыру шартының мерзімі және қолданылу орны
- 10-бап. Тараптардың құқықтары мен міндеттері
- 11-бап. Шарттың қолданылуы кезеңінде сақтандыру тәуекелінің ұлғаю салдары
- 12-бап. Сақтандыру құпиясы
- 13-бап. Сақтанушының (Сақтандырылған адамның) сақтандыру жағдайы туған кездегі іс-әрекеті;
- 14-бап. Сақтандыру төлемін жүзеге асырудың тәртібі мен шарттары. Сақтандыру жағдайының туғандығын және шығын мөлшерін растайтын құжаттар тізбесі
- 15-бап. Сақтандыру төлемі немесе сақтандыру төлемін жасаудан бас тарту туралы шешімді қабылдаудың мерзімі
- 16-бап. Сақтанушының залалдарды өтеу құқықтарының сақтандырушыға ауысуы (суброгация)
- 17-бап. Сақтандыру шартын тоқтату талаптары
- 18-бап. Қосымша талаптар
- 19-бап. Дауларды шешу тәртібі
- 20-бап. Сақтандыру омбудсманы, оның мәртебесі, қызмет қағидаттары, сайлау тәртібі және оның өкілеттігін мерзімінен бұрын тоқтату».

2. 5-бапты келесі мазмұндағы 4 тармақпен толықтыру:

«7. Сақтандыру шартын жасау кезінде сақтанушы мен сақтандырушының арасында келісімге қол жеткізілуі тиіс:

- 1) сақтандырылған тұлға туралы;
- 2) басталу жағдайында сақтандырылған тұлғаның өмірінде сақтандыру жүзеге асырылатын оқиғаның (сақтандыру жағдайының) сипаты туралы;
- 3) сақтандыру сомасының мөлшері туралы;
- 4) шарттың қолданылу мерзімі туралы.».

3. Сақтандыру ережелерін келесі мазмұндағы 20-баппен толықтыру:

«20-бап. Сақтандыру омбудсманы, оның мәртебесі, қызмет қағидаттары, сайлау тәртібі және оның өкілеттігін мерзімінен бұрын тоқтату

1. Сақтандыру омбудсманы өз қызметінде келіспеушіліктерді реттеуді жүзеге асыратын тәуелсіз жеке тұлға болып табылады:

- 1) міндетті және ерікті сақтандыру мәселелері бойынша туындайтын сақтандыру ұйымдары арасында;
- 2) сақтанушылар (сақтандырылушылар, пайда алушылар) мен сақтандыру ұйымдары арасында сақтандыру шарттарынан туындайтын.

2. Сақтандыру омбудсманы жеке тұлғалар және (немесе) шағын кәсіпкерлік субъектілері сақтанушылар (сақтандырылушылар, пайда алушылар) ретінде болатын келіспеушіліктерді реттеуді жүзеге асырады. Өзге заңды тұлғалар сақтандыру омбудсманына көлік құралдары иелерінің азаматтық-құқықтық жауапкершілігін міндетті сақтандыру класы (түрі) бойынша ғана жүгіне алады.

3. Осы тармақтың екінші бөлімінде көрсетілген тұлғалардың келіспеушіліктері бойынша талаптардың сомасы айлық есептік көрсеткіштің он мың еселенген мөлшерінен аспауға тиіс.».



1. To state the table of contents in the following wording:

«TABLE OF CONTENTS:

- Article 1. General terms and concepts
- Article 2. Insurance object
- Article 3. Insurance events
- Article 4. Exclusions from insurance events and insurance restrictions
- Article 5. Order of concluding the insurance agreement
- Article 6. Order of determining the sum insured
- Article 7. Insurance premium
- Article 8. Deductible
- Article 9. Effective period and place of the insurance agreement
- Article 10. Rights and obligations of the parties
- Article 11. Consequences of increasing the insurance risk during the effective period of the insurance agreement
- Article 12. The secrecy of insurance
- Article 13. Actions of the Policyholder (Insured) during the insurance event
- Article 14. Order and terms of insurance payments. List of documents confirming the insurance event and the amount of losses
- Article 15. Period of making the decision on the insurance payment or refuse in the insurance payment
- Article 16. Transfer of the Policyholder's right for reimbursement to the Insurer (subrogation)
- Article 17. Terms of termination of the insurance agreement
- Article 18. Order of disputes settlement
- Article 19. Additional terms
- Article 20. Insurance ombudsman, its status, principles of activity, order of election and early termination of its powers».

2. To add Clause 7 to Article 5 with the following wording:

«7. When entering into the insurance contract, the insurer and the policyholder shall reach an agreement between each other on:

- 1) the insured;
- 2) the nature of the event for the occurrence of which the insurance is provided for the insured person (insured event);
- 3) the amount of the sum insured;
- 4) the effective period of the contract.».

3. To add the Insurance rules with the Article 20 in the following wording:

«Article 20. Insurance ombudsman, its status, principles of activity, order of election and early termination of its powers

1. An insurance ombudsman is an individual who is independent in its activities and deals with regulation of disputes:

- 1) between insurance companies arising on issues of mandatory and voluntary insurance;
- 2) between policyholders (insured, beneficiaries) and insurance companies arising from insurance contracts.

2. The insurance ombudsman shall regulate the disputes where individuals and/or small businesses act as policyholders (insured, beneficiaries). Other legal entities may apply to the insurance ombudsman only by the class (type) of mandatory civil liability insurance of vehicle owners.

3. The amount of claims for disputes of persons specified in part two of this clause shall not exceed ten thousand-fold Monthly Calculated Indicator.».



Евразия
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ В ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН, ВЬЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ

4. Страховой полис изложить в следующей редакции. Сақтандыру полисін келесі редакцияда мазұндау. To state the Insurance policy in the following wording.

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСІ / СТРАХОВОЙ ПОЛИС / INSURANCE POLICY

САҚТАНДЫРУ ТҮРІ / ВИД СТРАХОВАНИЯ / Шетелге шығатын азаматтардың еркін сақтандыру / Добровольное страхование граждан выезжающих за границу / Voluntary insurance of people traveling abroad

САҚТАНДЫРУШЫ / СТРАХОВЩИК / INSURER - АО «СК «Евразия»/ Eurasia IC JSC
050004 г. Алматы қал., 0500 Зәтәккыял Ст., 050004,
т.Ал. +7 (727) 229 43 30; 8-800-000-0000
BIN/VIN 0505-10000024; ckinco 07.08.2010г. IBAN: KZ-09-4000122030005,
Филиал: ИНО/branch No.0 АО «Евразийский банк»/Eurasian Bank JSC,
г. Алматы/Almaty, BIC/SWIFT: EURKZK2H

САҚТАНУШЫ / POLICYHOLDER

орналасқан жері, қала, мекенжайы / местонахождение, город,
adres / location, city, address

ЖСН/БИН/VIN

МЕМЛЕКЕТТІК ЛИЦЕНЗИЯ / ГОСУДАРСТВЕННАЯ
ЛИЦЕНЗИЯ / STATE LICENSE No. _____ от / dated
_____/_____/20__г.

СЕРИЯ/SERIES ДОС/ Шарт/
Договор/Agreement No. _____

от/dated

СТРАХОВАТЕЛЫ /

КСЭ/СЭЕ

ПР/PR

ПА/PA

ВЭД / EEA

МОС / Location

төлдік / No. /

паспорт / Passport No.

туған күні / дата /

рождения / date of birth

ЖСН/ИН/ИН

САҚТАНДЫРУШЫ / ЗАСТРАХОВАННЫЙ / INSURED

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

Программа/Program

Бару мақсаты/Цель поездки/Purpose of trip

Валютаның өтеуі/полис берілген күні бағамы/Наименование валюты/курс на день выдачи полиса/Currency/exchange rate at the date of Policy

САҚТАНДЫРУ СЫЛЫҒЫСЫ / СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ / INSURANCE PREMIUM

САҚТАНДЫРУ СОМАСЫ / СТРАХОВАЯ СУММА / SUM INSURED

ФРАНШИЗА / ФРАНШИЗА / DEDUCTIBLE

ЕРЕМШЕ ЖАҒДАЙЛАР/УСЛОВИЯ УСЛОВИЯ / SPECIAL TERMS

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСІ ҚОЛДАНЫЛАТЫН АЙМАҚ/ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА/TERRITORY OF THE INSURANCE POLICY

САҚТАНДЫРУ СЫЛЫҒАҒЫСЫНЫҢ ВАЛЮТА ТҮРІ, ОНЫ ТӨЛЕУ ТӨРТБЕІ МЕН МЕРЗІМДЕРІ / ВИД ВАЛЮТЫ, ПОРЯДОК И СРОКИ УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ / CURRENCY, ORDER AND TERMS OF PAYMENT OF THE INSURANCE PREMIUM

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСІНІ ҚОЛДАҒАН МЕРЗІМ /

Күн саны/Количество дней/Qty of days

СРОК ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА / EFFECTIVE PERIOD OF THE INSURANCE POLICY

Жасалған күні/Дата заключения/Date of conclusion

Сақтандыру шарттарымен танысты, оған хабарлаған деректердің нақтылығын растаймын, толық алдым.
С условиями страхования ознакомлен, достоверность сведений мною подтверждена, полностью получен.
Familiarized with the terms of insurance, confirm the authenticity of the information provided by me, received the policy.
С условиями страхования ознакомлен, достоверность сведений мною подтверждена, полностью получен.
agent/Егер көп қосым агент болса/If signatory is an agent
Агент (ФИО/Наименование)/Агент (Т.А.Б./Агент)/Agent (Full name/Name)
Адрес (еңгі агент не риденіс екеніңіз)/Мекен-айы (еңгі агент болса)/Address (If agent is a legal entity)
ИНН/БИН ЖСН/СН/ИН/ВН
телефон/telephone/phone

Сақтандырушы (немесе оның өкілі) / Страховщик (или его представитель) / Insurer (or its representative)

М/П/Т/С/В (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)

Жемқорлық
Если по документам

Сақтандыру қағаздарымен таныстым және қабылдадым, есептесім алдым.
С Правилами страхования ознакомлен, согласен, копию получил.
Familiarized and agree with the Rules of Insurance, received a copy/Страхователь,
подписывая настоящий Договор страхования, подтверждает, что имеет
страховой интерес в предотвращении рисков и недопущении наступления
страхового случая/Сақтанушы, осы Сақтандыру шартына көп көз отырып,
туяқ олардың алдына алды және сақтандыру жағдайының басталуына көп
берінуіне сақтандыру мүдделімін, бар екендігін растайды/By signing this
Insurance Contract, the Policyholder confirms that they have an insurable interest in
preventing risks and preventing occurrence of an insured event.
Сақтанушы / Страхователь / Policyholder

ПТРИХ
КОД

М/П/Т/С/В (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)



Евразия
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ В ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ

САКТАНДЫРУ ПОЛИСИ / СТРАХОВОЙ ПОЛИС / INSURANCE POLICY

САКТАНДЫРУ ТҮРҮ / ВИД СТРАХОВАНИЯ / TYPE OF INSURANCE Шетелге шыгып азаматтары өркіні сактануу / Добровольное страхование граждан, выезжающих за границу / Voluntary insurance of people travelling abroad

САКТАНДЫРУШУ / СТРАХОВЩИК / INSURER - АО «СК «Евразия» Eurasia IC JSC

050004 г. Жетисай, 5050 Zhaysan St., 050004,
Тел: +7(727)259-40 30, 8-900-060-0000
BIN/BIN 60554000024, date of 05.2010г. IBAN: KZ40040001220300005,
Bank: NQ/branch No.6 АО «Евразийский банк» Eurasian Bank JSC,
г. Алматы/Almaty, BIC/SWIFT: EURKZK24

САКТАНУШУ / ПОЛИСЫДЕР / POLICYHOLDER

орналасқан жері, қала, мекенжайы / место нахождения, город,
адрес / location, city, address
ЖСН/БИН/BIN

СТРАХОВАТЕЛҮ /

КС/С/СЕ П/Р/Р ПА/РА ВЗД / ЕЕА МОС / Location

телефон № паспорт/Passport No. туған күні/дата рождения / date of birth ЖСН/БИН/BIN

Программа/Program

Бару мақсаты/Цель поездки/Purpose of trip

Валютаның аты/наименование валюты/наименование валюты/курс на день выдачи полиса/Currency/exchange rate of the date of Policy

САКТАНДЫРУ СЫЛЫҒЫСЫ / СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ / INSURANCE PREMIUM

САКТАНДЫРУ СОМАСЫ / СТРАХОВАЯ СУММА / SUM INSURED

ФРАНШИЗА / ФРАНШИЗА / DEDUCTIBLE

ЕРЕКШЕ ЖАҒДАЙЛАР/СОБЫЕ УСЛОВИЯ / SPECIAL TERMS

САКТАНДЫРУ ПОЛИСИ ҚОЛДАНЫЛАТЫН АЙМАҚ/ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА/TERRITORY OF THE INSURANCE POLICY

САКТАНДЫРУ СЫЛЫҒЫСЫНЫҢ ВАЛЮТА ТҮРІ, ОНЫ ТӨЛЕУ ТӨРТБІ МЕН МЕРЗІМДЕРІ / ВИД ВАЛЮТЫ, ПОРЯДОК И СРОКИ УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ / CURRENCY, ORDER AND TERMS OF PAYMENT OF THE INSURANCE PREMIUM

САКТАНДЫРУ ПОЛИСІНІҢ ҚОЛДАНУ МЕРЗІМІ /

Күн саны/Количество дней/д-н / day(s)

СРОК ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА / EFFECTIVE PERIOD OF THE INSURANCE POLICY

Жасалған күні/Дата заключения/Date of conclusion

ШТРИХ КОД

Сактануу шарттарымен танысты, өзіне хабарлаған деректерімнің ақиқаттығын растаймын, толықты алдым. С условиями страхования ознакомлен, достоверность сведений мною подтверждена, полис получен. Familiarized with the terms of insurance, confirm the authenticity of the information provided by me, received the policy. С условиями страхования ознакомлен, достоверность сведений мною подтверждена, полис получен. Агент/Егер көп көлемі агент болса/If signatory is an agent Агент (ФИО/Наименование лица)/Агент (Full name/Name) Адрес (если агент работает по месту)/Место работы (если агент работает по месту)/Address (if agent is a legal entity) ИНИЦИАЛ ЖСН/БИН/BIN тел./факс/телефон/факс

Сактануушусы (немесе оның өкілі) / Страховщик (или его представитель) / Insurer (or its representative)

М/П/С/В (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)

М/П/С/В (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)

САКТАНДЫРУ ПОЛИСИ / СТРАХОВОЙ ПОЛИС / INSURANCE POLICY

САКТАНДЫРУ ТҮРҮ / ВИД СТРАХОВАНИЯ / TYPE OF INSURANCE Шетелге шыгып азаматтары өркіні сактануу / Добровольное страхование граждан, выезжающих за границу / Voluntary insurance of people travelling abroad

САКТАНДЫРУШУ / СТРАХОВЩИК / INSURER - АО «СК «Евразия» Eurasia IC JSC

050004 г. Жетисай, 5050 Zhaysan St., 050004,
Тел: +7(727)259-40 30, 8-900-060-0000
BIN/BIN 60554000024, date of 05.2010г. IBAN: KZ40040001220300005,
Bank: NQ/branch No.6 АО «Евразийский банк» Eurasian Bank JSC,
г. Алматы/Almaty, BIC/SWIFT: EURKZK24

САКТАНУШУ / ПОЛИСЫДЕР / POLICYHOLDER

орналасқан жері, қала, мекенжайы / место нахождения, город,
адрес / location, city, address
ЖСН/БИН/BIN

СТРАХОВАТЕЛҮ /

КС/С/СЕ П/Р/Р ПА/РА ВЗД / ЕЕА МОС / Location

телефон № паспорт/Passport No. туған күні/дата рождения / date of birth ЖСН/БИН/BIN

Программа/Program

Бару мақсаты/Цель поездки/Purpose of trip

Валютаның аты/наименование валюты/наименование валюты/курс на день выдачи полиса/Currency/exchange rate of the date of Policy

САКТАНДЫРУ СЫЛЫҒЫСЫ / СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ / INSURANCE PREMIUM

САКТАНДЫРУ СОМАСЫ / СТРАХОВАЯ СУММА / SUM INSURED

ФРАНШИЗА / ФРАНШИЗА / DEDUCTIBLE

ЕРЕКШЕ ЖАҒДАЙЛАР/СОБЫЕ УСЛОВИЯ / SPECIAL TERMS

САКТАНДЫРУ ПОЛИСИ ҚОЛДАНЫЛАТЫН АЙМАҚ/ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА/TERRITORY OF THE INSURANCE POLICY

САКТАНДЫРУ СЫЛЫҒЫСЫНЫҢ ВАЛЮТА ТҮРІ, ОНЫ ТӨЛЕУ ТӨРТБІ МЕН МЕРЗІМДЕРІ / ВИД ВАЛЮТЫ, ПОРЯДОК И СРОКИ УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ / CURRENCY, ORDER AND TERMS OF PAYMENT OF THE INSURANCE PREMIUM

САКТАНДЫРУ ПОЛИСІНІҢ ҚОЛДАНУ МЕРЗІМІ /

Күн саны/Количество дней/д-н / day(s)

СРОК ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА / EFFECTIVE PERIOD OF THE INSURANCE POLICY

Жасалған күні/Дата заключения/Date of conclusion

ШТРИХ КОД

Сактануу шарттарымен танысты, өзіне хабарлаған деректерімнің ақиқаттығын растаймын, толықты алдым. С условиями страхования ознакомлен, достоверность сведений мною подтверждена, полис получен. Familiarized with the terms of insurance, confirm the authenticity of the information provided by me, received the policy. С условиями страхования ознакомлен, достоверность сведений мною подтверждена, полис получен. Агент/Егер көп көлемі агент болса/If signatory is an agent Агент (ФИО/Наименование лица)/Агент (Full name/Name) Адрес (если агент работает по месту)/Место работы (если агент работает по месту)/Address (if agent is a legal entity) ИНИЦИАЛ ЖСН/БИН/BIN тел./факс/телефон/факс

Сактануушусы (немесе оның өкілі) / Страховщик (или его представитель) / Insurer (or its representative)

М/П/С/В (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)

М/П/С/В (Аты-жөні, қолы/Ф.И.О. Подпись / Name, signature)



**ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ В ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН,
ВЬЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ**

ПАЙДА АЛУШЫ/ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ / BENEFICIARY:[illegible]

Изменит курсету компании (не полису) сейчас стандарту телематическим быть табулатин стандартным).