Евразия
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

УТВЕРЖДЕНЫ
решением Совета директоров
АО «Страховая компания «Евразия»
Протокол от «21» октября 2026 года

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ

Алматы 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

Статья 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПОНЯТИЯ 3
Статья 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ 5
Статья 3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ 5
СТАТЬЯ 4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОПЦИИ 5
Статья 5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И РИСКОВ 6
Статья 6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ 17
Статья 7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ 18
Статья 8. ФРАНШИЗА 18
Статья 9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ 18
Статья 10. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ 20
Статья 11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН 20
Статья 12. ДЕЙСТВИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ 24
Статья 13. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ 25
Статья 14. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ, СРОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ 26
Статья 15. ПЕРЕХОД К СТРАХОВЩИКУ ПРАВ СТРАХОВАТЕЛЯ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ УБЫТКОВ (СУБРОГАЦИЯ) 28
Статья 16. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ 28
Статья 17. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ 30
Статья 18. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ 30

Статья 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПОНЯТИЯ

1.1.Настоящие Правила добровольного страхования лиц, выезжающих за границу (далее – **«Правила»**) Акционерного общества «Страховая Компания «Евразия» (далее – **Страховщик**) разработаны в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан и определяют порядок и условия заключения и исполнения договоров добровольного страхования лиц, выезжающих за границу.

1.2.Условия настоящих Правил применяются к договорам добровольного страхования лиц, выезжающих за границу, заключенным Страховщиком, если иное прямо не предусмотрено соответствующим договором страхования.

1.3.На условиях настоящих Правил Страховщик заключает договоры добровольного страхования лиц, выезжающих за границу с юридическими лицами независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, а также с физическими лицами независимо от их гражданства.

1.4.В настоящих Правилах используются следующие понятия:

1) **Активный отдых** – осуществляемая Застрахованным в период действия договора страхования физическая активность или иная деятельность, связанная с повышенной физической нагрузкой и (или) повышенным риском получения травмы, но не являющаяся занятием спортом в значении, установленном настоящими Правилами.

2) **Внезапное острое заболевание** –непредвиденное, быстро развивающееся ухудшение состояния здоровья Страхователя/Застрахованного, возникшее в период действия договора страхования, представляющее угрозу для его жизни и/или требующее неотложного медицинского вмешательства, а также внезапное обострение имеющегося хронического заболевания. Расходы по обострению хронических заболеваний признаются страховым случаем и покрываются страхованием исключительно в объеме экстренной или неотложной помощи до момента устранения патологических симптомов, угрожающих жизни и (или) острому состоянию здоровья Застрахованного.

3) **Медицинская транспортировка** – перевозка Застрахованного по экстренным медицинским показаниям до ближайшего медицинского учреждения на санитарном либо обычном транспортном средстве (в сопровождении или без сопровождения медицинского работника) для оказания экстренной или неотложной медицинской помощи.

4) **Санитарный автотранспорт** – специализированное наземное транспортное средство, предназначенное для перевозки больных и пострадавших, а также сопровождающего медицинского персонала.

5) **Несчастный случай –** внезапное событие, произошедшее вопреки воле Застрахованного в период действия договора страхования, за пределами территории Республики Казахстан, вследствие которого произошли травма, внезапное ухудшение состояния здоровья или отравление Страхователя/Застрахованного, приведшие его к заболеванию либо смерти.

6) **ОД/ФТ** и ФРОМУ – отмывание доходов, полученных преступным путем, финансирование терроризма и финансирование распространения оружия массового уничтожения

7) **Репатриация** – организация медицинским Ассистансом транспортировки тела умершего Застрахованного до ближайшего к его постоянному месту жительства международного аэропорта в Республике Казахстан, либо международного аэропорта страны постоянного проживания Страхователя/Застрахованного;

8) **Близкие родственники** –родители (родитель), дети, усыновители (удочерители), усыновленные (удочеренные), полнородные и неполнородные братья и сестры, дедушка, бабушка, внуки Застрахованного;

9) **Сервисная компания (медицинский Ассистанс/Ассистанс) –** юридическое лицо, заключившее со Страховщиком договор о предоставлении Застрахованному медицинской помощи через техническое, медицинское и иное содействие вследствие наступления страхового случая в соответствии с настоящими Правилами страхования;

10) **Сопровождающее лицо** – близкий родственник, член семьи или иное лицо, осуществляющее сопровождение Страхователя/Застрахованного в связи с необходимостью такого сопровождения по медицинским показаниям;
11) **Спорт** – сфера социально-культурной деятельности как совокупность видов спорта, сложившаяся в форме спортивных соревнований и специальной подготовки человека к ним;
12) **Срочный приезд сопровождающего лица** – продиктованная чрезвычайностью ситуации и строго по медицинскому предписанию врача о необходимости приезда сопровождающего лица в медицинское учреждение госпитализации Страхователя/Застрахованного в стране временного пребывания (если Страхователь/Застрахованный путешествовал в одиночку);
13) **Экстренная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний, требующих безотлагательного медицинского вмешательства для предотвращения существенного вреда здоровью и (или) устранения угрозы жизни;
14) **Экстренная медицинская эвакуация** – транспортировка Страхователя/Застрахованного, находящегося в транспортабельном состоянии, в сопровождении медицинского персонала и/или сопровождающего лица из страны временного пребывания (территории страхования) до ближайшего к его постоянному месту жительства международного аэропорта или медицинского учреждения.
Экстренная медицинская эвакуация осуществляется на основании заключения лечащего врача, подтвержденного заключением врача Ассистанса, при отсутствии медицинских противопоказаний в случаях, когда:
а) в стране временного пребывания (территория страхования) отсутствует возможность оказания Застрахованному необходимой медицинской помощи;
б) расходы на дальнейшее лечение в стационаре превышают страховую сумму (лимит ответственности), установленную договором страхования, и Страхователь (Застрахованный) отказывается самостоятельно оплачивать возникающую разницу.
Расходы по экстренной медицинской эвакуации покрываются в пределах страховой суммы, определенной договором страхования.
При наступлении экстренной медицинской эвакуации Страхователя/Застрахованного, данные расходы включают в себя организацию и оплату эвакуации несовершеннолетних детей Страхователя/Застрахованного (в возрасте до 18 лет), совершающих с ним совместную поездку и оставшихся без присмотра, до международного аэропорта или места постоянного жительства в стране гражданства и (или) постоянного проживания Страхователя/Застрахованного, в сопровождении сопровождающего лица, назначенного Страховщиком (Ассистансом).
15) **Страхователь** – юридическое лицо любой организационно-правовой формы или индивидуальный предприниматель, или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.
16) **Застрахованный** – физическое лицо, в возрасте до 101 года (включительно), в отношении которого осуществляется страхование. Договором страхования может быть предусмотрен один или несколько Застрахованных, сведения о каждом застрахованном лице указываются в тексте договора страхования. Если договором страхования не установлено иное, Застрахованным является Страхователь.
17) **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с договором страхования является получателем страховой выплаты:
1) Сервисная компания (Медицинский Ассистанс) - в случае оказания услуг сервисной компанией Застрахованному на сумму оказанных услуг;
2) Застрахованный – в случаях, предусмотренных настоящими Правилами. Застрахованный может являться Страхователем. Если Застрахованным является несовершеннолетнее лицо, то Выгодоприобретателем является его родитель, законный опекун или попечитель. В случае смерти Застрахованного - его законные наследники.

18) **Франшиза** - предусмотренное условиями страхования освобождение Страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера.
19) **Интернет-ресурс** - официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети Интернет.
20) **Договор страхования** - соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования страховую премию при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату Выгодоприобретателю в пределах определенной договором страхования страховой суммы.

Статья 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя/Застрахованного, связанные с возникновением дополнительных непредвиденных расходов на оплату медицинских, транспортных и иных услуг, возникших у Страхователя/Застрахованного в результате страхового случая.

Статья 3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

3.1. Страховым случаем является факт возникновения в период действия Договора и на территории страхования непредвиденных расходов Застрахованного, вызванных внезапным острым заболеванием или несчастным случаем, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.
3.2. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого осуществляется страхование, а именно:
- внезапное острое заболевание Страхователя/Застрахованного;
- несчастный случай, произошедший с Страхователем/Застрахованным;
- внезапное обострение хронического заболевания Страхователя/Застрахованного, создающее угрозу его жизни или требующее экстренной медицинской помощи;
- смерть Страхователя/Застрахованного, наступившая вследствие внезапного острого заболевания или несчастного случая.
3.3. В рамках страхового случая, указанного в пункте 3.1. настоящей статьи, покрываются расходы, связанные с организацией и (или) оказанием:
1) экстренной медицинской помощи;
2) экстренной стоматологической помощи, в том числе болеутоляющего лечения зуба, в пределах лимита, установленного Договором страхования;
3) медицинской транспортировки;
4) экстренной медицинской эвакуации;
5) репатриации тела Застрахованного в случае его смерти;
6) эвакуации детей;
7) срочного приезда сопровождающего лица;
8) экстренной медицинской помощи при острых и неотложных состояниях, возникших вследствие обострения хронических заболеваний и не относящихся к исключениям из страховых случаев, предусмотренным настоящими Правилами и Договором страхования.
3.4. При наличии в Договоре страхования опции «Активный отдых» страховыми случаями также признаются события, предусмотренные пунктом 3.2. настоящей статьи, произошедшие во время занятия Застрахованного активным отдыхом, при условии соблюдения требований настоящих Правил и Договора страхования.

СТАТЬЯ 4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОПЦИИ

4.1 По согласованию Сторон договор страхования дополнительно может включать один или несколько из нижеуказанных дополнительных опций:
4.1.1. Опция «Активный отдых» – дополнительное условие Договора страхования, при выборе которого страховая защита распространяется на события, произошедшие во время

занятий Застрахованного активным отдыхом, в пределах страховой суммы (лимитов) и с учетом исключений, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования.

4.1.2. Опция «Уже путешествую» – дополнительное условие Договора страхования, позволяющее заключить Договор страхования в отношении Страхователя/Застрахованного, который на дату заключения Договора уже находится за пределами Республики Казахстан. Период действия страховой защиты начинается действовать по истечении 3 (трех) календарных дней с даты заключения Договора страхования (период ожидания), но не ранее даты начала страховой защиты, указанной в Договоре страхования.

Статья 5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И РИСКОВ

5.1. Общие положения

5.1.1. Событие не признаётся страховым случаем, если оно относится к исключениям из страхового покрытия, установленным разделом 5.2. настоящей статьи.

5.1.2. Если произошедшее событие признаётся страховым случаем, Страховщик оплачивает только расходы, предусмотренные Договором страхования. Расходы, указанные в разделе 5.3. настоящей статьи, возмещению не подлежат.

5.1.3. Если событие соответствует признакам страхового случая, но имеются предусмотренные законодательством Республики Казахстан, настоящими Правилами или Договором страхования основания для отказа, Страховщик вправе полностью или частично отказать в осуществлении страховой выплаты в порядке, установленном разделом 5.4. настоящей статьи.

5.1.4. Ограничения, связанные с противодействием ОД/ФТ и ФРОМУ, а также применением целевых финансовых санкций, применяются в соответствии с разделом 5.5. настоящей статьи.

5.1.5. Наличие исключения, непокрываемого расхода либо основания для отказа в осуществлении страховой выплаты устанавливается отдельно по каждому заявленному событию и каждому виду расходов.

5.1.6. Страховщик не вправе отказать в осуществлении страховой выплаты только на основании формального нарушения Страхователем, Застрахованным или Выгодоприобретателем настоящих Правил либо Договора страхования, если такое нарушение:

1) не находится в причинной связи с наступлением страхового случая или увеличением размера расходов;

2) не препятствовало Страховщику установить факт, причины и обстоятельства наступления страхового случая;

3) не препятствовало Страховщику определить размер расходов, подлежащих возмещению.

5.1.7. Если нарушение либо исключение относится только к части заявленных расходов, Страховщик вправе отказать только в соответствующей части. Остальная часть обоснованных расходов подлежит возмещению в соответствии с условиями Договора страхования.

5.2. Исключения из страхового покрытия

5.2.1. Если иное прямо не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями не признаются заболевания, травмы, смерть и иные события, непосредственно возникшие вследствие:

1) воздействия ядерного взрыва, ионизирующего излучения, радиации или радиоактивного заражения;

2) военных действий, независимо от объявления войны, гражданской войны, вооружённого конфликта, вторжения, действий иностранных вооружённых сил;

3) народных волнений, массовых беспорядков, восстаний, мятежей, революций или забастовок;

4) террористического акта, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования.

Умысел и противоправные действия:

5.2.2. Событие не признаётся страховым случаем, если оно непосредственно возникло вследствие:

1) умышленных действий Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя, направленных на причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного либо на наступление события, обладающего признаками страхового случая;

2) действий Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательством Республики Казахстан порядке умышленным уголовным или административным правонарушением, если такие действия находятся в прямой причинной связи с наступившим событием;

3) участия Застрахованного в драке, за исключением случаев необходимой обороны, крайней необходимости либо нападения на Застрахованного, подтверждённых документами компетентных органов или иными достаточными доказательствами;

4) попытки самоубийства или умышленного причинения Застрахованным вреда самому себе, за исключением случаев, когда такие действия совершены в состоянии, при котором Застрахованный не мог осознавать значение своих действий или руководить ими, что подтверждено медицинскими документами.

Алкоголь, наркотические и иные вещества:

5.2.3. Событие не признаётся страховым случаем, если оно наступило непосредственно вследствие:

1) алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного;

2) употребления Застрахованным наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов либо иных одурманивающих веществ без медицинских показаний;

3) употребления лекарственных препаратов без назначения врача, с превышением назначенной дозировки либо с нарушением установленного лечащим врачом порядка их применения;

4) управления Застрахованным транспортным средством без права управления, предусмотренного действующим законодательством соответствующей страны местонахождения (территория страхования), либо в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

5) передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, заведомо не имевшему права управления либо находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

Заболевания и состояния, существовавшие до начала страховой защиты:

5.2.4. Если иное прямо не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями не признаются:

1) плановая диагностика и плановое лечение хронических заболеваний;

2) лечение заболевания, травмы или иного состояния, существовавших до начала действия страховой защиты, если соответствующее заболевание, травма или состояние являлись целью поездки либо Застрахованный выехал в поездку для получения медицинской помощи;

3) продолжение курса лечения, обследования или реабилитации, начатого до начала действия страховой защиты;

4) последствия и осложнения заболевания, травмы, хирургического или терапевтического лечения, имевших место до начала действия страховой защиты, если необходимость получения медицинской помощи в период поездки была ожидаемой либо могла быть разумно предвидена с учётом имеющихся медицинских рекомендаций;

5) заболевание или состояние, по которому до начала действия страховой защиты имелись медицинские противопоказания для совершения поездки и о которых Застрахованный знал либо должен был знать;

6) поездка, предпринятая вопреки письменному запрету или рекомендации отказаться от поездки лечащего врача Застрахованного;

7) поездка, основной или одной из основных целей которой являлись диагностика, лечение, хирургическое вмешательство, реабилитация, роды или получение иных медицинских услуг.

5.2.5. Положения пункта 5.2.4. настоящей статьи не применяются к экстренной медицинской помощи при внезапном обострении хронического заболевания, если Договором страхования предусмотрено такое покрытие.

5.2.6. При внезапном обострении хронического заболевания возмещаются только расходы на экстренную медицинскую помощь, необходимую для:

1) устранения непосредственной угрозы жизни Застрахованного;
2) купирования острого состояния;
3) стабилизации состояния Застрахованного;
4) обеспечения возможности медицинской эвакуации либо дальнейшего самостоятельного лечения по месту постоянного проживания Застрахованного.

После устранения непосредственной угрозы жизни и стабилизации состояния расходы на дальнейшее плановое лечение, диагностику, наблюдение и реабилитацию хронического заболевания возмещению не подлежат.

Онкологические, психические и отдельные заболевания:

5.2.7. Если иное прямо не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями не признаются расходы, связанные с:

1) плановой диагностикой и лечением злокачественных и доброкачественных новообразований, их осложнений и последствий;
2) диагностикой и лечением психических и поведенческих расстройств, депрессивных состояний, тревожных расстройств, расстройств пищевого поведения и иных заболеваний, относящихся к психическим и поведенческим расстройствам;
3) лечением состояний, непосредственно вызванных употреблением алкоголя, наркотических средств, психотропных, токсических или иных одурманивающих веществ;
4) диагностикой и лечением инфекций, передающихся преимущественно половым путём, включая вирус иммунодефицита человека и синдром приобретённого иммунодефицита;
5) диагностикой и лечением заболеваний и состояний, непосредственно связанных с искусственным оплодотворением, лечением бесплодия, планированием беременности или предупреждением зачатия.

5.2.8. Если заболевание, указанное в пункте 5.2.7. настоящей статьи, впервые проявилось в период действия страховой защиты острым состоянием, создающим непосредственную угрозу жизни, Страховщик оплачивает экстренную медицинскую помощь, необходимую исключительно для устранения угрозы жизни и стабилизации состояния Застрахованного, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования.

Наличие установленного Застрахованному диагноза, наличие инвалидности либо нахождение на диспансерном учёте не является основанием для отказа в оплате медицинской помощи, не связанной с соответствующим заболеванием или состоянием.

Беременность и репродуктивное здоровье:

5.2.9. Если иное прямо не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями не признаются:

1) плановое наблюдение беременности;
2) плановые обследования, анализы и консультации, связанные с беременностью;
3) роды, включая преждевременные роды;
4) медицинская помощь в послеродовом периоде;
5) медицинская помощь новорождённому;
6) плановое или добровольное прерывание беременности;
7) диагностика и лечение бесплодия;
8) искусственное оплодотворение и иные вспомогательные репродуктивные технологии;
9) мероприятия по планированию семьи и предупреждению зачатия.

5.2.10. Экстренная медицинская помощь при внезапном осложнении беременности, создающем непосредственную угрозу жизни Застрахованного, покрывается до устранения угрозы

жизни и стабилизации состояния в пределах срока беременности и лимита, если они установлены Договором страхования.

Если соответствующий срок беременности или отдельный лимит Договором не установлен, расходы, связанные с беременностью, страхованием не покрываются, кроме экстренной помощи, необходимость которой непосредственно вызвана несчастным случаем, признанным страховым.

Инфекционные заболевания, вакцинация и карантин:

5.2.11. Сам по себе факт объявления эпидемии или пандемии, а также отнесение заболевания к новому, ранее неизвестному или недостаточно изученному виду либо штамму не является основанием для непризнания события страховым случаем, если соответствующее заболевание прямо не исключено Договором страхования.

5.2.12. Не признаются страховыми случаями заболевания, непосредственно возникшие вследствие умышленного или грубо неосторожного нарушения Застрахованным:

1) обязательных требований о вакцинации, установленных компетентными органами страны въезда или пребывания;
2) обязательного режима изоляции или карантина;
3) официально установленных санитарно-эпидемиологических ограничений, при условии, что соответствующее нарушение подтверждено компетентным органом и находится в прямой причинной связи с заболеванием.

Наличие факта отсутствия необязательной или рекомендованной вакцинации само по себе не является основанием для непризнания события страховым случаем.

Спорт, активный отдых и повышенный риск:

5.2.13. Если Договором страхования не предусмотрено соответствующее дополнительное покрытие, страховыми случаями не признаются заболевания, травмы или смерть, непосредственно возникшие вследствие:

1) занятия профессиональным спортом;
2) занятия любительским спортом, прямо отнесённым Договором к видам деятельности, требующим специального страхового покрытия;
3) участия в официальных или неофициальных спортивных соревнованиях;
4) участия в тренировках, сборах, квалификационных заездах, пробных стартах или иной подготовке к спортивным соревнованиям;
5) занятия профессиональным и (или) любительским спортом с использованием механических, моторных, воздушных или водных транспортных средств;
6) занятия любым видом активным отдыхом, если Договором страхования не предусмотрена опция «Активный отдых»;
7) занятия любым видом активного отдыха или спорта, который не включён в перечень, указанный в Договоре страхования;
8) занятия любым видом спорта или активного отдыха с нарушением обязательных правил безопасности, без обязательного защитного снаряжения, разрешения, лицензии, сертификата, сопровождения инструктора или допуска, если такие требования установлены действующим законодательством либо правилами соответствующего вида деятельности;
9) игнорирования запрещающих или предупреждающих знаков и установленных ограничений безопасности, включая запрет купания, прохода, проезда, катания или нахождения на опасной территории, если такое нарушение находится в причинной связи с событием, имеющим признаки страхового случая.

5.2.14. Указание в Договоре цели поездки «Спорт» само по себе не означает покрытие всех видов спорта. Страховая защита действует только в отношении видов спорта, прямо указанных в Договоре, и с учётом установленных по ним лимитов и исключений.

5.2.15. Наличие опции «Активный отдых» не распространяет страховую защиту на профессиональный спорт, спортивные соревнования и виды спорта, требующие отдельного страхового покрытия, если иное прямо не предусмотрено Договором.

Работа и профессиональная деятельность:

5.2.16. Если иное прямо не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями не признаются заболевания, травмы или смерть, непосредственно возникшие при выполнении Застрахованным:
1) физического труда, связанного с повышенным риском причинения вреда жизни или здоровью;
2) строительных, монтажных, высотных, подземных, буровых, горнодобывающих, погрузочно-разгрузочных, лесозаготовительных или взрывных работ;
3) работ с промышленным оборудованием, механизмами, источниками повышенной опасности, токсичными, химическими, радиоактивными или взрывоопасными веществами;
4) работы в составе экипажа воздушного, водного или иного транспортного средства;
5) работы в военных, военизированных, правоохранительных или спасательных подразделениях;
6) службы, обучения, сборов или учений в вооружённых силах, военных формированиях либо правоохранительных органах;
7) иной профессиональной деятельности повышенного риска, прямо указанной в Договоре страхования.

Территория и период страхования:

5.2.17. Не признаются страховыми случаями:
1) события, включая их последствия, произошедшие до начала или после окончания периода страховой защиты;
2) события, произошедшие за пределами территории страхования, определённой договором страхования;
3) события, произошедшие на территории Республики Казахстан, если иное прямо не предусмотрено Договором;
4) события, произошедшие в государстве постоянного проживания Застрахованного, если иное прямо не предусмотрено Договором;
5) при выборе опции «Уже путешествую» — заболевания, травмы, симптомы и иные события, возникшие или начавшиеся в течение установленного Договором периода ожидания, независимо от даты обращения за медицинской помощью;

Иные исключения:

5.2.18. Если иное прямо не предусмотрено Договором страхования, страховыми случаями не признаются:
1) гражданско-правовая ответственность Застрахованного за причинение вреда жизни, здоровью или имуществу третьих лиц;
2) гражданско-правовая ответственность владельца или водителя транспортного средства;
3) заболевания, травмы или смерть, возникшие вследствие самолечения, включая самостоятельное применение рецептурных лекарственных препаратов без назначения врача;
4) заболевания или осложнения, возникшие вследствие лечения, оказанного родственником Застрахованного, кроме случаев оказания экстренной помощи, когда получение помощи от иного лица было объективно невозможно;
5) осложнения, возникшие вследствие медицинских услуг, самостоятельно выбранных и полученных без согласования со Страховщиком (Ассистансом), если предварительное согласование было объективно возможно;
6) последствия добровольного отказа Застрахованного от исполнения медицинских назначений и рекомендаций лечащего врача, если такой отказ находится в прямой причинной связи с ухудшением состояния или увеличением расходов.

5.3. Непокрываемые расходы

5.3.1. Независимо от признания события страховым случаем, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования, не возмещаются расходы на услуги, товары и мероприятия, которые не относятся к экстренной медицинской помощи либо превышают объём

медицинской помощи, необходимый и достаточный для диагностики острого состояния, устранения угрозы жизни и стабилизации состояния Застрахованного.

Плановые, профилактические и диагностические (скрининговые) медицинские услуги, не обусловленные необходимостью оказания экстренной медицинской помощи.

5.3.2. Не возмещаются расходы на:

1) плановые медицинские консультации, обследования, наблюдение и лечение;
2) профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию;
3) медицинские комиссии, освидетельствования и врачебные экспертизы;
4) обследования и справки, необходимые для поступления на работу, учёбу, военную службу, в детские дошкольные или школьные учреждения;
5) обследования и справки для участия в спортивных мероприятиях;
6) обследования для получения визы, разрешения на въезд или проживание в другом государстве;
7) обследования для получения права управления транспортным средством, ношения оружия, отсрочки или освобождения от военной службы;
8) профилактическую вакцинацию, ревакцинацию, иммунизацию и дезинфекцию;
9) генетические исследования, скрининги и иные исследования, не обусловленные необходимостью оказания экстренной медицинской помощи;
10) медицинские услуги, не назначенные лечащим врачом;
11) медицинские манипуляции, исследования и анализы, которые не являются необходимыми для диагностики и лечения состояния, послужившего причиной обращения за экстренной медицинской помощью;
12) повторные консультации, анализы и обследования, не имеющие медицинских показаний;
13) услуги и медицинские препараты, назначенные после стабилизации состояния для продолжительного или планового лечения.

5.3.3. Если вышеперечисленные диагностические мероприятия проводились для установления причины острого состояния, но по их результатам выявлено заболевание или состояние, исключённое из страхового покрытия, расходы на такие диагностические мероприятия:

1) не возмещаются, если симптомы и обстоятельства обращения непосредственно связаны с ранее диагностированным исключённым настоящими Правилами и договором страхования заболеванием или состоянием;
2) могут быть возмещены в пределах установленного Договором лимита, если заболевание ранее не было диагностировано, симптомы объективно требовали экстренного обследования и до проведения диагностики невозможно было установить исключённый характер заболевания.

Стоматологические услуги:

5.3.4. Не возмещаются расходы на стоматологическую помощь, за исключением экстренной стоматологической помощи, прямо предусмотренной Договором страхования.

5.3.5. В состав экстренной стоматологической помощи не входят:

1) протезирование зубов;
2) изготовление или ремонт зубных протезов;
3) установка коронок, виниров и имплантов;
4) ортодонтическое лечение;
5) плановое лечение зубов и дёсен;
6) профессиональная гигиена, отбеливание и иные косметические процедуры;
7) завершение лечения после устранения острой боли;
8) лечение в размере, превышающем установленный Договором лимит.

Реабилитация и альтернативное лечение:

5.3.6. Не возмещаются расходы на:

1) санаторно-курортное лечение;

2) лечение в домах отдыха, пансионатах, лечебницах и иных организациях санаторного или оздоровительного типа;
3) восстановительное и реабилитационное лечение;
4) физиотерапию;
5) лечебную физкультуру;
6) массаж;
7) мануальную терапию;
8) гомеопатию;
9) иглорефлексотерапию;
10) натуропатию и иные нетрадиционные или народные методы лечения;
11) услуги психолога или психотерапевта, если иное прямо не предусмотрено Договором.

Косметические и реконструктивные услуги:

5.3.7. Не возмещаются расходы на:
1) косметические процедуры;
2) пластические и косметические операции;
3) операции и процедуры, проводимые преимущественно с целью изменения внешности;
4) устранение косметических дефектов;
5) реконструктивные операции, кроме экстренного хирургического вмешательства, необходимого вследствие несчастного случая и прямо предусмотренного Договором.

Медицинские изделия и средства ухода:

5.3.8. Не возмещаются расходы на приобретение, аренду, изготовление, замену, ремонт или подгонку:
1) очков, оправ и контактных линз;
2) слуховых аппаратов и слуховых имплантов;
3) зубных, ортопедических и иных протезов;
4) имплантов, металлоконструкций и эндопротезов;
5) ортопедической обуви;
6) инвалидных колясок;
7) средств реабилитации и ухода за больным;
8) медицинского оборудования для длительного домашнего использования;
9) иных корригирующих медицинских устройств и приспособлений.

5.3.9. Костыли, трости, бандажи, ортезы, шины и иные временные средства фиксации и передвижения могут быть оплачены, если они:
1) назначены лечащим врачом;
2) непосредственно необходимы в связи с покрываемой травмой;
3) необходимы для выписки, передвижения или транспортировки Застрахованного;
4) не предназначены для долгосрочной реабилитации;
5) оплачиваются в пределах лимита, установленного Договором.

Медицинская транспортировка и эвакуация:

5.3.10. Не возмещаются расходы на медицинскую транспортировку или эвакуацию:
1) не организованную и не согласованную Медицинским ассистансом, если возможность предварительного согласования объективно имелась;
2) не обусловленную медицинскими показаниями;
3) при заболевании или травме, которые могут быть безопасно вылечены по месту пребывания и не препятствуют самостоятельному возвращению Застрахованного;
4) выбранную Застрахованным исходя из личных предпочтений, а не медицинской необходимости;
5) в размере, превышающем стоимость способа транспортировки, выбранного или согласованного Медицинским ассистансом;
6) бизнес-классом, первым классом, чартерным или специальным рейсом, если такой способ перевозки не обусловлен медицинскими показаниями и не согласован Медицинским ассистансом;

7) сопровождающего лица, если его сопровождение не назначено лечащим врачом и не согласовано Медицинским ассистансом.

5.3.11. Ограничение, предусмотренное подпунктом 1) пункта 5.3.10. настоящей статьи, не применяется, если:

1) промедление создавало непосредственную угрозу жизни или здоровью Застрахованного;
2) связаться с Медицинским ассистансом было объективно невозможно;
3) первоначальное медицинское учреждение не располагало необходимыми специалистами, лекарственными средствами или оборудованием;
4) транспортировка была организована государственными экстренными службами.

Репатриация

5.3.12. Не возмещаются расходы на репатриацию, если смерть наступила:

1) вследствие заболевания, травмы или состояния, исключённого из страхового покрытия согласно настоящих Правил страхования и/или условиям договора страхования;
2) вследствие заболевания или травмы, возникших до начала страховой защиты;
3) в ходе поездки, предпринятой с целью получения медицинского лечения;
4) если факт смерть наступила вне периода и/или территории действия страховой защиты.

5.3.13. Наличие у умершего Застрахованного инвалидности, хронического или онкологического заболевания само по себе не является основанием для отказа в оплате посмертной репатриации, если смерть Застрахованного наступила по иной причине, признанной страховым случаем.

5.3.14. Также не возмещаются расходы на:

1) проведение религиозных и обрядовых мероприятий, связанных с погребением (похоронами) Страхователя/Застрахованного;
2) организацию похорон;
3) приобретение места захоронения;
4) изготовление и установку памятника;
5) проезд и проживание родственников умершего Застрахованного, если такие расходы прямо не предусмотрены Договором;
6) расходы, превышающие стоимость способа репатриации, организованного или согласованного Медицинским ассистансом.

Дополнительный комфорт и сопутствующие расходы на медицинские услуги:

5.3.15. Не возмещаются расходы на:

1) пребывание в палате повышенной комфортности, если это не обусловлено медицинскими показаниями;
2) услуги по приобретению/пользованию телевизора, телефона, интернета, кондиционера и иных бытовых приборов;
3) услуги парикмахера, косметолога, массажиста;
4) специальное или улучшенное питание, кроме лечебного питания, включённого в стоимость стационарного лечения;
5) услуги переводчика, кроме случаев, когда они прямо предусмотрены Договором;
6) проезд на такси, проживание в гостинице и иные бытовые расходы, если их возмещение прямо не предусмотрено Договором;
7) административные сборы и комиссии, не входящие в стоимость покрываемых медицинских услуг;
8) услуги, полученные после даты, когда состояние Застрахованного позволяло продолжить лечение по месту постоянного проживания либо совершить согласованную эвакуацию.

Косвенные расходы и имущественные потери:

5.3.16. Не возмещаются:

1) моральный вред;
2) упущенная выгода;
3) потеря дохода или заработка;

4) коммерческие потери;
5) штрафы, пени, неустойки и иные финансовые санкции;
6) расходы, связанные с утратой или повреждением имущества;
7) стоимость неиспользованных билетов, бронирований, туристических услуг и проживания, если соответствующее покрытие прямо не предусмотрено Договором;
8) расходы на телефонную связь и интернет, кроме расходов на связь с Медицинским ассистансом, если их возмещение прямо предусмотрено Договором;
9) расходы, не подтверждённые документами, позволяющими установить содержание услуги, дату её оказания, стоимость и факт оплаты;
10) расходы в части, превышающей страховую сумму, соответствующий лимит или сублимит, если иное прямо не предусмотрено договором страхования;
11) размер суммы безусловной франшизы, установленной Договором;
12) расходы, возмещённые медицинским учреждением, перевозчиком, туристическим оператором, государственным органом, системой обязательного медицинского страхования, иным страховщиком или третьим лицом.

5.4. Основания полного или частичного отказа в страховой выплате:

5.4.1. Страховщик вправе полностью или частично отказать в осуществлении страховой выплаты, если страховой случай произошёл вследствие:
1) умышленных действий Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя, направленных на наступление страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершённых в состоянии необходимой обороны или крайней необходимости;
2) действий Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательством Республики Казахстан порядке умышленным уголовным или административным правонарушением, находящимся в причинной связи со страховым случаем.

5.4.2. Основанием для полного или частичного отказа также является:
1) сообщение Страхователем, Застрахованным или Выгодоприобретателем заведомо ложных сведений об объекте страхования, состоянии здоровья, страховом риске, страховом случае, его причинах, обстоятельствах и последствиях, объёме, содержании или стоимости оказанных услуг;
2) представление ложных, изменённых или недостоверных документов;
3) заявление о возмещении услуг, которые фактически не оказывались;
4) заявление о возмещении расходов, которые фактически не были понесены;
5) намеренное завышение размера заявленных расходов;
6) умышленное непринятие разумных и доступных мер по уменьшению расходов, связанных со страховым случаем;
7) воспрепятствование Страховщику или Медицинскому ассистансу в установлении факта, причин и обстоятельств наступления страхового случая либо размера расходов;
8) отказ предоставить имеющиеся у Заявителя (Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя) документы и сведения, необходимые для рассмотрения вопроса о страховой выплате;
9) отказ предоставить согласие на получение медицинских сведений в объёме, необходимом для рассмотрения страхового случая, если без таких сведений невозможно установить диагноз, обстоятельства события или размер расходов;
10) необоснованный отказ Застрахованного от медицинского осмотра или обследования, назначенного для подтверждения обстоятельств страхового случая, если обследование объективно возможно, необходимо и оплачивается Страховщиком;
11) неуведомление или несвоевременное уведомление Медицинского ассистанса либо Страховщика о событии в порядке и сроки, предусмотренные настоящими Правилами, если это лишило Страховщика возможности установить обстоятельства события, организовать медицинскую помощь или повлекло необоснованное увеличение расходов;

12) получение медицинских услуг без предварительного согласования с Медицинским ассистансом;
13) получение возмещения соответствующих расходов от медицинского учреждения, перевозчика, туристического оператора, другого страховщика, государственного органа или иного третьего лица;
14) непредставление заявления и документов в установленный настоящими Правилами срок, если пропуск срока не обусловлен уважительными причинами и вследствие пропуска Страховщик утратил возможность установить факт, причины и обстоятельства события либо размер расходов;
15) использование страхового полиса третьим лицом либо представление документов, относящихся к медицинской помощи, оказанной третьему лицу;
16) иные основания, прямо предусмотренные действующими законодательными актами Республики Казахстан.

5.4.3. Непредставление документа не является основанием для отказа в осуществлении страховой выплаты, если:
1) Предоставленный Застрахованным документ не относится к заявленному событию, имеющему признаки страхового случая;
2) соответствующие сведения и/или документы имеются у Страховщика или Медицинского ассистанса;
3) документ может быть получен Страховщиком из государственной или иной информационной системы;
4) получение документа объективно невозможно по причинам, не зависящим от Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя;
5) обстоятельства, которые должен подтверждать документ, могут быть установлены на основании иных достоверных доказательств.

5.4.4. Неуведомление, включая несвоевременное уведомление, не является основанием для отказа, если:
1) Застрахованный находился в бессознательном, тяжёлом или ином состоянии, не позволявшем осуществить уведомление;
2) уведомление было невозможно вследствие отсутствия связи, чрезвычайной ситуации или иных объективных обстоятельств;
3) Страховщику или Медицинскому ассистансу своевременно стало известно о событии из иных источников;
4) нарушение срока уведомления не повлияло на возможность установить обстоятельства страхового случая и размер понесенных расходов.

5.4.5. Если необоснованное несогласование услуг, отказ от эвакуации, нарушение медицинских предписаний или непринятие мер по уменьшению расходов привели только к увеличению стоимости лечения, Страховщик вправе отказать только в части такого увеличения.

5.4.6. Если установлено, что услуга была медицински необходимой для получения экстренной медицинской помощи, но её стоимость превышает обычную стоимость аналогичной услуги в месте её оказания, Страховщик вправе ограничить выплату документально обоснованной стоимостью аналогичной медицинской услуги. Такое уменьшение должно быть подтверждено данными медицинского учреждения, Медицинского ассистанса либо иными объективными сведениями о стоимости услуг.

5.4.7. При принятии решения об отказе в осуществлении страховой выплаты Страховщик сообщает Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) о принятом решении в письменной форме с указанием мотивированных причин отказа в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня принятия решения об этом, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.4.8. Решение о полном или частичном отказе принимается Страховщиком в письменной форме и содержит следующее:
1) установленные обстоятельства события;
2) перечень рассмотренных документов;

3) конкретное основание отказа;
4) ссылку на соответствующий пункт настоящих Правил, Договора страхования и применимое положение законодательства Республики Казахстан;
5) обоснование причинной связи между установленным обстоятельством и отказом либо уменьшением выплаты;
6) расчёт части расходов, в возмещении которой отказано;
7) информацию о праве Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) обратиться к страховому омбудсману (с 01.01.2027 г. финансовому омбудсману) для урегулирования разногласий с учетом особенностей законодательства Республики Казахстан. В случае возникновения споров между сторонами о причинах и размере убытков каждая из сторон имеет право потребовать проведения экспертизы. Экспертиза проводится за счет стороны, потребовавшей ее проведения. В случае, если результатами экспертизы будет установлено, что отказ Страховщика в части страховой выплаты был необоснованным, Страховщик принимает на себя долю расходов по экспертизе, соответствующую соотношению суммы, в выплате которой было первоначально отказано, и суммы страховой выплаты, уплаченной после проведения экспертизы.

5.4.9. Бремя подтверждения обстоятельств, послуживших основанием для полного или частичного отказа, несёт Страховщик, кроме обязанности Заявителя (Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя) подтвердить факт наступления страхового случая и размер заявленных расходов.

5.4.10. Если после осуществления страховой выплаты будет установлено, что она получена на основании заведомо ложных сведений, подложных документов либо при отсутствии права на её получение, Страховщик вправе потребовать возврата необоснованно полученной суммы и возмещения убытков в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан.

5.5. Ограничения, связанные с противодействием легализации доходов, финансированию терроризма и санкционными требованиями

5.5.1. Страховщик осуществляет идентификацию и надлежащую проверку Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, их представителей и бенефициарных собственников в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Республики Казахстан о противодействии ОД/ФТ и ФРОМУ.

5.5.2. Страхователь, Застрахованный, Выгодоприобретатель и их представители обязаны по запросу Страховщика предоставить сведения и документы, необходимые для:
1) идентификации соответствующего лица;
2) проверки полномочий представителя;
3) установления бенефициарного собственника;
4) установления источника финансирования операции в случаях, предусмотренных законодательством;
5) установления цели и характера деловых отношений;
6) проверки принадлежности лица к перечням, предусмотренным законодательством;
7) выполнения иных требований надлежащей проверки.

5.5.3. Страховщик вправе не устанавливать деловые отношения, отказаться от заключения Договора либо прекратить деловые отношения в случаях, когда:
1) невозможно провести надлежащую проверку клиента, его представителя или бенефициарного собственника;
2) клиент отказался предоставить необходимые для надлежащей проверки сведения и документы;
3) предоставленные клиентом сведения и документы являются недостоверными либо не позволяют завершить надлежащую проверку;
4) имеются иные предусмотренные законодательством Республики Казахстан основания для отказа в установлении или продолжении деловых отношений.

5.5.4. При включении Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, их представителя или бенефициарного собственника в перечень организаций и лиц, связанных с

финансированием терроризма и экстремизма, либо в перечень лиц и организаций, связанных с финансированием распространения оружия массового уничтожения, Страховщик применяет меры по замораживанию операций с деньгами и иным имуществом в порядке и пределах, установленных законодательством Республики Казахстан.

5.5.5. Включение лица в указанный перечень не изменяет квалификацию произошедшего события как страхового или нестрахового. При этом осуществление денежной операции, включая страховую выплату, производится, приостанавливается, замораживается либо не производится в соответствии с обязательными требованиями законодательства Республики Казахстан и решениями уполномоченного органа.

5.5.6. Страховщик вправе отказать в проведении операции, приостановить её проведение, заморозить деньги или иное имущество либо прекратить деловые отношения только в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

5.5.7. Наличие у Страховщика подозрений о возможной связи операции с легализацией доходов, финансированием терроризма или финансированием распространения оружия массового уничтожения само по себе не является окончательным решением об отказе в страховой выплате по существу страхового случая.

5.5.8. Помимо оснований освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты, установленных законодательством Республики Казахстан и настоящими Правилами, Страховщик обязан отказать в страховой выплате в случаях:

1) нахождения Страхователя/ Застрахованного/ Выгодоприобретателя и (или) бенефициарного собственника в перечне организаций и лиц, связанных с финансированием терроризма и экстремизма, опубликованного на официальном сайте Агентства Республики Казахстан по финансовому мониторингу, а также связанных с финансированием распространения оружия массового уничтожения (ФРОМУ);

2) не предоставления Страхователем/ Застрахованным документов, а также дополнительной информации по запросу Страховщика для проведения надлежащей проверки согласно требованиям Закона Республики Казахстан "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения";

3) когда есть основания полагать, что операция с деньгами и (или) иным имуществом совершается с целью ОД/ФТ и ФРОМУ;

4) если в отношении Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя, их аффилированных лиц применены/введены санкции, запреты или ограничения установленных резолюциями ООН, или торговых или экономических санкций, законов или нормативных актов Европейского Союза/ Европейской Экономической Зоны, Великобритании или США, или каких-либо других национальных экономических или торговых санкций, законов или ограничений, действующих или применимых на соответствующий момент времени, в том числе на момент наступления страхового события. При наличии оснований для отказа в страховой выплате Страховщик обязан в течение 3 (трёх) рабочих дней со дня получения требования Выгодоприобретателя о получении страховой выплаты, направить Выгодоприобретателю соответствующее решение об отказе в страховой выплате в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

Статья 6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ

6.1. Страховая сумма - сумма денег, на которую застрахован объект страхования, и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.

6.2. Страховая сумма устанавливается исходя из перечня и стоимости расходов и услуг, покрываемых страхованием и оговоренных в Договоре страхования.

6.3. Договором страхования могут быть установлены:

- 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;
- предельный объем ответственности по одному или нескольким страховым случаям;
- предельный объем ответственности по одному или нескольким страховым рискам, по одному или нескольким расходам и услугам, покрываемым страхованием, по одному или нескольким страховым случаям.

6.4. Вид валюты страховой суммы – теңге (KZT). В тексте договора страхования страховая сумма указывается с применением фиксированного эквивалента в иностранной валюте (USD/EUR) по официальному курсу Национального Банка Республики Казахстан на дату заключения Договора страхования.

Статья 7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

7.1. Страховая премия устанавливается Договором страхования и означает сумму денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательства произвести страховую выплату при наступлении страхового случая.

7.2. Договором страхования устанавливается общая страховая премия. Также договором страхования может быть установлена страховая премия по каждому Застрахованному (если применимо).

7.3. Размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, рассчитывается согласно страховым тарифам, определяющим ставку страхового тарифа, взимаемую с единицы страховой суммы с учетом конкретных условий страхования: периода страхования, возраста и количества застрахованных, территории страхования, размера страховой суммы, цели поездки, поправочных коэффициентов.

7.4. Страховая премия подлежит оплате Страхователем единовременно или в рассрочку в виде периодических страховых взносов, в наличной или безналичной форме согласно договору страхования.

7.5. В случае допущения Страхователем неоплаты страховой премии в сроки, оговоренные в договоре страхования либо просрочки оплаты очередного страхового взноса более 3 (трех) календарных дней, согласно графику платежа, указанному в договоре страхования, Страховщик вправе взыскать сумму страховой премии в судебном порядке в полном объеме за весь период.

7.6. Если страховой случай наступил до уплаты определенного страхового взноса (страховой премии), внесение которого просрочено, Страховщик вправе отказать в осуществлении страховой выплаты. При наступлении последующих страховых случаев страховая выплата осуществляется при условии оплаты страховой премии в полном объеме.

7.7. Днем уплаты страховой премии (очередного страхового взноса) считается дата поступления денежных средств на банковский счет или в кассу Страховщика.

Статья 8. ФРАНШИЗА

8.1. Договором страхования по соглашению сторон может быть предусмотрена безусловная франшиза.

8.2. Безусловная франшиза – вычитается из суммы страховой выплаты по каждому и любому страховому случаю, вне зависимости от размера ущерба и страховой суммы.

8.3. Франшиза может устанавливаться как в процентах от страховой суммы, так и в виде фиксированной суммы.

Статья 9. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования заключается с соблюдением необходимых требований для проведения надлежащей проверки, в соответствии с «Правилами внутреннего контроля в целях противодействия легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения» Страховщика.

9.2. Страхователь до заключения договора страхования обязан известить Страховщика:
1) если Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель, представитель и/или бенефициарный собственник) является публичным должностным лицом, его супругой (супругом) или близким родственником;
2) если бенефициарным собственником юридического лица выступает иное лицо (не Страхователь, в случае если Страхователь является юридическим лицом).
3) что осуществляемая им операция не связана с ОД/ФТ и ФРОМУ. В случае необходимости Страхователь обязуется предоставить все необходимые документы, запрашиваемые Страховщиком в целях соблюдения требования законодательства РК по противодействию ОД/ФТ и ФРОМУ.
9.3. Договор страхования заключается в письменной форме путем присоединения Страхователя к настоящим Правилам страхования, разработанным Страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и оформления Страховщиком Страхователю страхового полиса, на основании заявления-анкеты на страхование, подписанного Страхователем по форме, установленной Страховщиком.
9.4. Договор страхования может быть заключен в электронной форме путем обмена электронными информационными ресурсами между Страхователем и Страховщиком с использованием интернет-ресурса Страховщика и/или других организаций, являющихся партнерами Страховщика. При заключении договора страхования с использованием интернет-ресурса Страховщика/партнера Страховщика Страхователь уплачивает страховую премию (первый страховой взнос в случае уплаты страховой премии в рассрочку) после ознакомления с настоящими Правилами, подтверждая тем самым свое согласие заключить договор страхования путем присоединения Страхователя к настоящим Правилам страхования, разработанным Страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения) на предложенных ему условиях.
9.5. Заявление-анкета является неотъемлемой частью договора страхования.
9.6. 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 (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.
Существенными признаются следующие обстоятельства:
1) фамилия, имя, отчество (при наличии) или полное наименование юридического лица Страхователя;
2) местожительство или место нахождения, номер телефона, факса, банковские реквизиты;
3) указание о Застрахованном;
4) указание периода страхования;
5) указание территории страхования;
6) наличие и характер хронических заболеваний, текущих расстройств здоровья, инвалидности или беременности у Застрахованного на момент заключения договора;
7) возраст Застрахованного на момент заключения договора;
8)планируемые к занятию во время поездки виды спорта, активного отдыха, включая иные виды профессиональной и/или любительской деятельности, связанные с повышенным риском для жизни и здоровья Застрахованного;
9) факт нахождения Застрахованного на территории страхования (за пределами территории РК) на момент заключения договора;
10)наличие у Страхователя/Застрахованного иных действующих аналогичных договоров добровольного страхования;
11) перечень страховых случаев, на наступление которых осуществляется страхование;
12) размер страховой суммы;
13) срок действия договора страхования;
14) порядок уплаты страховой премии (единовременно, в рассрочку);

15) наличие убытков;
16) иная информация, указанная в заявлении-анкете.

9.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 9.6. настоящих Правил страхования, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным либо отказать в осуществлении страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

9.8. При необходимости, Страхователь должен приложить документы, удостоверяющие личность и подтверждающие возраст Застрахованного, а также документы, подтверждающие сроки, маршрут планируемой поездки и правомерность нахождения Застрахованного лица на территории страхования.

9.9. Внесение изменений и дополнений в страховой полис не допускается, любые изменения условий Страхового полиса оформляются расторжением старого и заключением нового Страхового полиса.

Статья 10. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования заключается на 12 (двенадцать) месяцев, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.2. Договор страхования вступает в силу со дня, следующего за днем поступления на банковский счет или в кассу Страховщика страховой премии или первого страхового взноса, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.3. Период действия страховой защиты совпадает со сроком действия договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.4. Договор страхования прекращает свое действие по окончанию последнего дня срока действия договора страхования.

10.5. Место действия договора страхования (территория страхования) распространяется исключительно на территорию, указанную в договоре страхования.

10.6. Договор страхования заключается на период одной поездки за рубеж или на определенный период времени с учетом нескольких поездок за пределы территории Республики Казахстан, но не более чем на 1 (один) календарный год (12 месяцев).

10.7. В случае страхования по программе «Multi Trip», согласно которой предусмотрены многократные поездки Застрахованного за границу, то страховая защита действует в течение срока фактического пребывания Застрахованного за границей. Фактическое количество дней, в течение которых действует Договор страхования, указывается в Договоре страхования.

Статья 11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик имеет право:

1) проверять сообщенную Страхователем информацию и документы, а также выполнение условий договора страхования;
2) запрашивать необходимые документы для проведения надлежащей проверки клиента в соответствии с «Правилами внутреннего контроля в целях противодействия легализации ОД/ФТ и ФРОМУ;
3) прекратить деловые отношения со Страхователем в случае возникновения в процессе изучения операций, совершаемых Страхователем (его представителем) и бенефициарным собственником/Застрахованным/Выгодоприобретателем, подозрений в том, что деловые отношения используются Страхователем в целях легализации ОД/ФТ и ФРОМУ;
4) получить от Страхователя сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного ущерба (страхового риска);
5) требовать уплаты страховой премии при нарушении Страхователем условий уплаты страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку, а также возврата

произведенной страховой выплаты в случаях, предусмотренных договором страхования и законодательством Республики Казахстан;
6) на досрочное прекращение договора страхования и возмещения убытков, понесенных им в результате неисполнения Страхователем своих обязанностей;
7) потребовать расторжения договора при невыполнении Страхователем обязанности сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, либо если Страхователь возражает против изменения условий договора или доплаты страховой премии соразмерно увеличению степени риска;
8) требовать от Страхователя/Застрахованного документы, удостоверяющие факт наступления страхового случая (включая медицинские и бухгалтерские документы из зарубежного медицинской учреждения с нотариально заверенным переводом на казахский и/или русский язык);
9) в случае необходимости при заключении Договора страхования направить Застрахованного на медицинский осмотр;
10) прекратить действие рассрочки оплаты страховой премии, если до внесения очередного или последнего платежа произошел страховой случай;
11) при необходимости, направлять запросы в компетентные органы о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих факт, причины, обстоятельства наступления страхового случая и размер причиненного ущерба. В случае, если компетентные органы располагают материалами, дающими основание Страховщику отказать в страховой выплате, то отсрочить выплату до получения Страховщиком официальных ответов или подтверждающих сведений из компетентных органов;
12) отказать в осуществлении страховой выплаты или уменьшить ее размер, отсрочить выплату на основании данных и документов уполномоченных органов в соответствии с договором страхования и действующим законодательством Республики Казахстан;
13) отказать в осуществлении страховой выплаты, в случае непредоставления документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и размер ущерба, изложенных в Статье 13 настоящих Правил, по истечению 90 календарных дней с момента предоставления Страховщику заявления о наступлении страхового случая;
14) совершать иные действия, не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан

11.2. Страховщик обязан:

1) ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования (по его требованию представить/направить копию Правил) и условиями договора страхования.
2) Предоставить Страхователю возможность самостоятельно ознакомиться с Правилами страхования на интернет-ресурсе Страховщика;
3) зарегистрировать сообщение о страховом случае;
4) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;
5) обеспечить тайну страхования и иную тайну, охраняемую законодательством Республики Казахстан;
6) в случае непредставления Страхователем/Выгодоприобретателем, пакета документов, необходимых для принятия решения Страховщиком об осуществлении страховой выплаты письменно уведомить Страхователя/Выгодоприобретателя о недостающих документах в течение 15 (пятнадцати) календарный дней с даты принятия последнего документа, если договором страхования не предусмотрен иной срок;
7) осуществить страховую выплату или направить Страхователю письменный мотивированный отказ в осуществлении страховой выплаты в соответствии с условиями договора страхования;
8) возместить Страхователю расходы, произведенные им для уменьшения убытков при наступлении страхового случая;

9) уведомить Страхователя о заключении договора страхования либо отказе в его заключении (с указанием причин отказа) в виде электронного сообщения, в случае его заключения на интернет-ресурсе Страховщика/партнера Страховщика;
10) обеспечить защиту и сохранность персональных данных и тайны страхования, а также невозможность доступа третьих лиц, включая владельца электронного терминала к сведениям, передаваемым на интернет-ресурс Страховщика посредством электронного терминала;
11) по истечению 60 календарных дней, с момента предоставления Страховщику заявления о наступлении страхового случая, уведомить Страхователя/Выгодоприобретателя путем направления напоминания на электронный адрес (или нарочно по адресу, указанному в заявлении) о необходимости предоставлении документов Страховщику;
12) контролировать объем, сроки и количество предоставляемых услуг в соответствии с условиями Договора страхования
13) совершать иные действия, предусмотренные договором страхования и действующим законодательством Республики Казахстан.

11.3. Страхователь имеет право:

1) требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей, установленных Правилами/договором страхования и получения копии настоящих Правил страхования на бумажном носителе либо сканированной копии Правил страхования или ссылки на публикации Правил страхования на интернет-ресурсе Страховщика/ партнера Страховщика;
2) в случае утери договора страхования получить его дубликат на основании письменного заявления;
3) до наступления страхового случая на внесение изменений в список Застрахованных. Для внесения изменений в список Застрахованных Страхователь должен заранее, не менее чем за 3 (три) дня до предполагаемой даты изменений, обратиться к Страховщику с письменным заявлением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования (Страхового полиса);
4) изменить условия договора страхования по согласованию со Страховщиком, в том числе изменение страхового риска с соразмерным изменением страховой премии;
5) получить страховую выплату в размере, порядке и сроки, предусмотренные договором страхования, если он является Выгодоприобретателем;
6) на досрочное расторжение договора страхования;
7) оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
8) совершать иные действия, не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан.

11.4. Страхователь (Застрахованный) обязан:

1) при заключении договора страхования, в том числе на интернет-ресурсе Страховщика сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска;
2) при заключении и в период действия договора страхования информировать Страховщика обо всех действующих/заключаемых аналогичных договорах страхования;
3) предоставить все документы и информацию, запрашиваемые Страховщиком, в рамках проведения последним надлежащей проверки Страхователя;
4) сообщать Страховщику об увеличении страхового риска или о значительных изменениях в обстоятельствах, которые были указаны при заключении договора страхования, если эти изменения могут повлиять на повышение риска в период действия полиса.
5) ознакомиться с Правилами страхования, размещенными на интернет-ресурсе Страховщика;
6) уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;
7) предпринимать все возможные и целесообразные меры по предотвращению или уменьшению убытков от страхового случая, а также довести до сведения Застрахованных требования настоящих Правил страхования; выполнять условия Правил страхования (нарушение условий

Правил страхования Застрахованными расценивается как нарушение условий страхования самим Страхователем);
8) уведомить Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая в сроки и порядке, установленном настоящими Правилами страхования;
9) предоставлять Страховщику всю имеющуюся у него информацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;
10) нести бремя доказывания наступления страхового случая, а также причиненного ущерба;
11) возвратить Страховщику полученную страховую выплату в полном объеме или частично в течение одного месяца, если в течение предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое по действующему законодательству Республики Казахстан и договору страхования полностью или частично лишает Страхователя или Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты;
12) обеспечить переход к Страховщику права требования в порядке суброгации к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
13) в случае получения страховой выплаты Страхователь не имеет права получать стоимость ущерба от виновного лица, за исключением случаев, когда страховая выплата не покрыла в полном объеме причиненный ущерб, в этом случае Страхователь имеет право взыскать с виновного лица недостающую разницу между страховой выплатой и суммой ущерба;
14) вернуть сумму страховой выплаты в случае нарушения пп. 13) п. 10.4. настоящих Правил страхования и возместить причиненные убытки;
15) получить согласие Застрахованного/Выгодоприобретателя на заключение договора страхования и согласование на сбор и обработку персональных данных, включая трансграничную передачу персональных данных, на передачу и получение данных в/из единую базу данных по страхованию в целях передачи/получения сведений из государственных баз данных. Срок хранения персональных данных определяется Страховщиком до минования надобности в дальнейшем хранении персональных данных и составляет 10 лет. Использование персональных данных осуществляется в целях исполнения Страховщиком либо третьим лицом условий договора страхования и\или требований законодательства Республики Казахстан, а также для реализации целей деятельности Страховщика в целом;
16) при заключении Договора страхования Страхователь (Застрахованный,) подтверждает, предоставляет и обеспечивает свое согласие, согласие Застрахованных (в том числе не совершеннолетних лиц) на освобождение врачей и иных работников медицинских учреждений, а также Страховщика от обязанности сохранения конфиденциальности, тайны страхования и врачебной тайны перед Страховщиком, перевозчиком, другими медицинскими учреждениями и третьими лицами, участвующими в осуществлении страховой выплаты и оказании услуг в части, касающейся страхового случая и в целях исполнения условий Договора страхования. В случае необходимости обязуется письменно уполномочить врачей, медицинские организации и иных уполномоченных лиц (как в стране постоянного проживания (гражданства), так и на территории страхования) выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы (справки, заключения и т.д.) и сведения, а также осуществлять их передачу в целях выполнения условий Договора страхования;
17) при любом страховом событии, последствием которого может быть наступление страхового случая, немедленно связаться с Сервисной компанией либо Страховщиком и получить информацию о дальнейших действиях;
18) соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением, а также указания иных уполномоченных государственных органов государства пребывания;
19) заботиться о сохранности страховых документов (договор страхования) и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
20) обеспечить в случае требования Страховщика обследование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья;
21) в случае травмы, отравления и при других несчастных случаях пройти медицинское освидетельствование на содержание алкоголя в крови и других психоактивных,

наркотических веществ. При отказе Застрахованного от прохождения данной процедуры, Страховщик по своему усмотрению вправе отказать полностью или частично в страховой выплате;
22) предоставить документы, сведения, необходимые Страховщику для надлежащей проверки Страхователя (его представителей) и бенефициарного собственника (если страхователь явядяется юридическим лицом), а также Застрахованного в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан о противодействии легализации ОД/ФТ и ФРОМУ и внутренних нормативных документов Страховщика, в том числе для осуществления страховой выплаты;
23) совершать иные действия, предусмотренные договором страхования и действующим законодательством Республики Казахстан.

Статья 12. ДЕЙСТВИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИСТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

12.1. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе/Застрахованном.
12.2. При наступлении любого события, имеющего признаки страхового случая, то есть до обращения за медицинской помощью или иной дополнительной помощью, указанной в Договоре страхования, Страхователь/Застрахованный обязан незамедлительно, но не позднее 24 (двадцати четырех) часов, с момента наступления такого события, связаться с Ассистансом по телефонам, указанным в Договоре страхования.
12.3. При обращении в Ассистанс, сообщить следующую информацию:
1) Ф.И.О. Застрахованного, которому необходима медицинская помощь;
2) дата рождения Застрахованного;
3) контактный телефон Застрахованного для обратной связи;
4) страна, регион, город пребывания, название отеля (адрес апартаментов) местонахождения Застрахованного;
5) реквизиты Договора страхования (номер, дата заключения и срок действия);
6) причина обращения.
12.4. Застрахованный должен действовать в соответствии с инструкциями, полученными от Ассистанса.
12.5. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, Ассистанс от имени Страховщика, обеспечивает организацию оказания Застрахованному медицинских и иных услуг, предусмотренных Правилами страхования, в пределах страховой суммы или лимитов, установленных Договором страхования. При этом, услуги, оказываемые Ассистансом, предоставляются в объеме необходимом и достаточном для оказания экстренной медицинской помощи, с учетом франшизы, установленной Договором страхования.
12.6. В случае не уведомления Ассистанса в срок, указанный в п. 12.2. настоящей Статьи, и если Страхователю/Застрахованному уже оказывается экстренная медицинская помощь, Страхователь/Застрахованный или его представитель обязан незамедлительно, но не позднее 24 (двадцати четырех) часов с момента обращения за экстренной медицинской помощью, сообщить Ассистансу следующую информацию:
1) наименование, адрес и контактный телефон медицинского учреждение, где Страхователь/Застрахованный получает экстренную медицинскую помощь;
2) Ф.И.О. и контактный телефон лечащего врача;
3) реквизиты Договора страхования (номер, дата заключения и срок действия).
12.7. Далее Страхователь/Застрахованный обязан:
1) принять разумные и доступные в сложившейся ситуации меры к уменьшению убытков, связанных со страховым событием, предоставить по требованию Страховщика и/или Ассистанса документы: амбулаторная карта, рецептурный бланк, направление на госпитализацию, заключения, сертификаты и справки, выданные лечащим врачом и иные документы, связанные со страховым случаем.
12.8. По требованию Страховщика либо Ассистанса должны быть предоставлены оригиналы документов, относящихся к страховому случаю, на казахском или русском

языке либо на языке оригинала с нотариально заверенным переводом на казахский или русский языки.

12.9. В случае смерти Застрахованного обязанность по уведомлению Страховщика или Сервисной компании (Ассистанса) о наступлении страхового случая лежит на Страхователе, Выгодоприобретателе или их законных представителях. Уведомление должно быть направлено в течение 7 (семи) календарных дней с момента, когда указанным лицам стало известно о смерти Застрахованного.

12.10. Несвоевременное уведомление Страхователем/Застрахованным Сервисной компании (Ассистанса)/Страховщика о наступлении события, последствием которого может стать наступление страхового случая, дает Страховщику право отказать в страховой выплате, полностью или частично, за исключением, если Страхователь (Застрахованный) поуважительной причине не имел возможности выполнить указанные действия и подтвердил это документально.

12.11. В случае, если Страхователь/Застрахованный оплатил расходы за полученные в стране пребывания медицинские услуги самостоятельно, при соблюдении условий Правил страхования и Договора страхования, Страхователь/Застрахованный обязан предоставить Страховщику документы в срок не позднее 1 (одного) календарного месяца со дня прибытия в Республику Казахстан (в страну постоянного места жительства Застрахованного).

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

12.13. В случае невозможности связаться с Сервисной компанией (Ассистансом), Застрахованный после того, как ему стало известно о наступлении события, но в любом случае не позднее 3 (трех) рабочих дней, за исключением праздничных и выходных дней, считая с того часа, когда он узнал, уведомить любым доступным способом о наступлении страхового события Страховщика или его полномочного представителя, сообщить ему все известные сведения об обстоятельствах события, видах и предполагаемых размерах причиненного ущерба, согласовать со Страховщиком дальнейшие действия, а также представить в последующем письменное заявление по установленной Страховщиком форме.

Статья 13. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ

13.1. Страхователь/Застрахованный для получения страховой выплаты обязан предоставить Страховщику следующие документы:

1) копию страхового полиса или его дубликат (в случае утери страхового полиса);
2) подлинники медицинских документов, содержащих сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью, о проведенных манипуляциях и лечении или медицинский документ о несчастном случае;
3) подлинники рецептов, счетов, квитанций на оплату медицинских услуг и медикаментов;
4) копию заграничного паспорта Застрахованного с отметками о датах пересечении государственной границы Республики Казахстан и страны, являющейся территорией страхования по Договору страхования;
5) документы, удостоверяющие личность Застрахованного и право на получение страховой выплаты;
6) копию свидетельства о рождении, в случае если Застрахованным является

несовершеннолетнее лицо;
7) оригиналы или копии проездных билетов;
8) сведения о банковских реквизитах Выгодоприобретателя;
9) при несчастном случае – документы, подтверждающие факт и причины наступления страхового случая:
- при дорожно-транспортном происшествии (ДТП) – оригиналы или копии актов дорожной полиции и/или иных уполномоченных органов в стране пребывания;
- при причинении вреда третьими лицами – постановление о признании Застрахованного в качестве потерпевшего и акт полиции и/или иных уполномоченных органов в стране пребывания;
- при пожаре – акт о пожаре.
10) по требованию Страховщика документы, подтверждающие регистрацию исходящих звонков/SMS – сообщений в Сервисную компанию с целью уведомления о страховом событии.
11) В случае смерти Застрахованного, дополнительно должны быть предоставлены:
- нотариально засвидетельствованные копии документов, предусмотренные законодательными актами Республики Казахстан, содержащие данные о причине смерти Застрахованного (заключение судебно-медицинской экспертизы и т.п.);
- оригинал или нотариально засвидетельствованную копию свидетельства о смерти;
- по требованию Страховщика результаты патологоанатомического исследования;
- документы, подтверждающие посмертную репатриацию Застрахованного (перевозочные документы на груз-200, квитанции, чеки, подтверждающие затраты по бальзамированию/обработке тела, стоимости гроба). Платежные документы должны быть оформлены на имя Выгодоприобретателя. В случае, если услуги были оплачены Застрахованным при жизни, страховая выплата осуществляется лицу, имеющему законное право на получение страховой выплаты, которое должно быть подтверждено документально.
12) при эвакуации детей и/или в случае срочного приезда сопровождающего лица Застрахованного в медицинское учреждение по месту его временного пребывания, необходимо предоставить оригиналы проездных билетов, если возмещение данных расходов предусмотрено договором страхования;
13) документы, подтверждающие факт и причины наступления страхового случая, выданные компетентными органами (такими документы являются: справки, акты, протоколы, постановления, решения, заключения).
13.2. Документы, перечисленные в пункте 13.1. настоящих Правил страхования, должны быть представлены Страховщику с переводом на государственный, русский или английскийязык. Расходы по переводу документов несет Страхователь (Застрахованный).
13.3. Застрахованный обязан по требованию Страховщика, в течение 3 (трех) рабочих дней со дня выставления требования пройти медицинское обследованиеи представить его результаты, в целях подтверждения наступления страхового случая, установления диагноза.
13.4. Страховщик, принявший документы, оформляет справку с указанием полного перечня предоставленных документов и даты их принятия.
13.5. В случае предоставления Страхователем/Застрахованным/Выгодоприобретателем не всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, Страховщик обязан письменно уведомить заявителя об этом с указанием недостающих документов, в течение 15 (пятнадцати) календарных дней, с даты представления последнего документа.

Статья 14. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ, СРОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

14.1. Страховщик, после получения всех необходимых документов, предусмотренных пунктом 13.1. Правил страхования для принятия решения о страховой выплате или об отказе в страховой выплате, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней осуществляет страховую

выплату, либо отказывает в осуществлении страховой выплаты, с обоснованием причин отказа в осуществлении страховой выплаты.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3) не представление Страхователем/ Застрахованным/ Выгодоприобретателем документов, а также дополнительной информации по запросу Страховщика для проведения надлежащей проверки, в соответствии с законодательством о противодействии ОД/ФТ и ФРОМУ;

4) когда есть основания полагать, что операция с деньгами и (или) иным имуществом совершается с целью ОД/ФТ и ФРОМУ;

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

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

7) в иных случаях, предусмотренных Правилами страхования;

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

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

14.6. Освобождение Страховщика от ответственности перед Страхователем по мотивам, предусмотренным пунктами 14.4. и 14.5. настоящей статьи, одновременно освобождает Страховщика от осуществления страховой выплаты Застрахованному или Выгодоприобретателю.

14.7. При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования.
14.8. Страховая выплата производится путем:
1) оплаты Страховщиком счетов, выставленных ему Сервисной компанией, по возмещению затрат на оказание услуг, предусмотренных Договором страхования (программой страхования);
2) возмещения расходов Страхователя (Застрахованного) в случаях, предусмотренных настоящими Правилами либо Договором страхования, на основании подтверждающих такие расходы документов.
14.9. Сумма страховой выплаты, за последствия одного или нескольких страховых случаев, произошедших во время его пребывания за границей, в период действия Договора страхования, не может превышать страховой суммы, установленной Договором страхования.
14.10. Страховая выплата осуществляется в валюте, указанной в счёте на оплату, предоставленном Сервисной компанией. В случае возмещения расходов, произведенных Страхователем (Застрахованным) самостоятельно оплата производится в теңге, по официальному курсу иностранной валюты Национального банка Республики Казахстан на день наступления страхового случая.
14.11. Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованный) в течение 30 (тридцати) календарных дней после возвращения в страну постоянного места жительства должен предоставить письменное заявление о страховой выплате.
14.12. Срок оплаты медицинских услуг, оказываемых медицинским учреждением или Сервисной компанией Застрахованному и других дополнительных расходов, определяется по соглашению между Страховщиком и медицинским учреждением или Сервисной компанией.

Статья 15. ПЕРЕХОД К СТРАХОВЩИКУ ПРАВ СТРАХОВАТЕЛЯ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ УБЫТКОВ (СУБРОГАЦИЯ)

15.1. К Страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах уплаченной суммы право требования, которое Страхователь (Застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования.
15.2. Страхователь (Застрахованный) обязан при получении страховой выплаты передать Страховщику все имеющиеся у него документы и доказательства, и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления Страховщиком перешедшего к нему права требования.

Статья 16. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

16.1. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:
1) окончания срока действия договора страхования;
2) осуществления Страховщиком страховой выплаты (страховых выплат) в размере страховой суммы.
16.2. Помимо оснований прекращения договора страхования, предусмотренных настоящей Статьёй, договор страхования прекращается досрочно в случаях:
1) когда перестал существовать объект страхования;
2) когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
3) вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации (о принудительном прекращении деятельности) Страховщика;
4) изменения условий и сведений, включенных в страховой полис, оформленный страховщиком в порядке, предусмотренном законодательными актами Республики Казахстан;
5) в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности».

В указанных случаях договор страхования считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для прекращения договора, о чем заинтересованная Сторона должна незамедлительно уведомить другую Сторону с приложением подтверждающих документов.

16.3. При досрочном прекращении договора страхования по основаниям, предусмотренным п. 16.2. настоящих Правил страхования, Страховщик при возврате Страхователю страховой премии имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование за минусом расходов Страховщика на ведение дела в размере 25% от страховой премии, если договором страхования не предусмотрено иное.

16.4. При отказе Страхователя-физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения Страховщик производит возврат Страхователю-физическому лицу полученную страховую премию (полученные страховые взносы) за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением договора страхования, не превышающих 10 % от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).

16.5. При отказе Страхователя от договора страхования, если это не связано с обстоятельствами, указанными в пунктах 16.2., 16.4. настоящих Правил страхования, оплаченная Страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату.

16.6. При досрочном расторжении договора страхования по основанию, предусмотренному пп. 4) п. 16.2. настоящих Правил страхования и заключения нового Страхового полиса, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при этом Страховщик осуществляет зачет части страховой премии за неиспользованный период страхования в счет оплаты части страховой премии по новому Страховому полису.

16.7. Договор страхования также считается расторгнутым в случае одностороннего отказа Стороны от его исполнения в связи с существенным нарушением другой Стороной условий договора страхования. Сторона инициатор расторжения договора страхования обязана уведомить другую Сторону о предстоящем расторжении договора не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения.

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

16.9. При досрочном прекращении договора страхования по любому основанию, если по договору страхования была осуществлена страховая выплата в любом размере – страховая премия и/или ее часть возврату не подлежит.

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

16.11. В случае несвоевременной оплаты очередного страхового взноса, при оплате страховой премии в рассрочку, действие страховой защиты по договору страхования приостанавливается со дня, следующего за днем просроченного срока оплаты очередного страхового взноса, и при наступлении страхового случая в период приостановления действия страховой защиты Страховщик вправе отказать в страховой выплате. Страховая защита возобновляется с момента оплаты очередного взноса в порядке, установленном договором страхования.

16.12. В случае применения санкций и/или ограничений OFAC, Евросоюза, Великобритании об ограничительных мерах в отношении Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, их: аффилированных лиц, должностных лиц, работников, бенефициаров, консультантов, представителей, партнеров, контрагентов Страховщик

вправе досрочно в одностороннем порядке расторгнуть договор страхования путем письменного уведомления Страхователя. Договор считается расторгнутым с момента направления Страховщиком уведомления Страхователю по электронной почте или по почте на адрес, указанный в договоре страхования. При прекращении действия договора страхования согласно настоящему пункту Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование за вычетом административных расходов в размере 25% от страховой премии. При одностороннем расторжении договора в соответствии с настоящим пунктом и при невыплате страховой выплаты в связи с санкциями и ограничениями Страховщик не оплачивает неустойку и не возмещает какие-либо убытки Страхователю/ Застрахованному/ Выгодоприобретателю.

Статья 17. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

17.1. 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.

17.2. Значительными во всяком случае признаются следующие изменения:

1) изменение целей поездки;

2) изменение территории страхования либо цели путешествия;

3) выявление у Застрахованного какого-либо заболевания либо состояний, включенных в список исключений из страховых случаев, предусмотренных Правилами страхования.

17.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

17.4. Если Страхователь или Застрахованный возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

17.5. При невыполнении Страхователем или Застрахованным обязанности, предусмотренной в пункте **17.1.** настоящей статьи, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

17.6. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

Статья 18. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

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

18.2. При недостижении соглашения путем переговоров, Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) о его праве обратиться к страховому омбудсману (с 01.01.2027 г. финансовому омбудсману) для урегулирования разногласий с учетом особенностей законодательства Республики Казахстан. Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель), являющийся физическим лицом и/или субъектом малого предпринимательства, подает письменное заявление напрямую страховому омбудсману (с 01.01.2027 г. финансовому омбудсману) об урегулировании разногласий с приложением к нему подтверждающих документов, в том числе через интернет-ресурс страхового омбудсмана (с 01.01.2027 г. финансового омбудсмана) : info@fomb.kz, тел: +7 (727) 382-41-74, +7 (727) 265-54-70, +7-771-990-58-27. Иные юридические лица (субъекты среднего и крупного предпринимательства) при недостижении соглашения путем переговоров обращаются в судебные органы в

соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан без обращения к страховому омбудсману (с 01.01.2027 г. финансовому омбудсману) .

18.3. Споры, не урегулированные сторонами путем переговоров, передаются на рассмотрение в суды г. Алматы в случае, если стороной договора страхования является юридическое лицо, то спор рассматривается специализированным межрайонным экономическим судом г. Алматы, а в случае, если стороной договора страхования является физическое лицо, то спор рассматривается судом по месту нахождения Страховщика в Районном суде № 2 Алмалинского района г. Алматы.

18.4. Настоящие Правила страхования составлены на казахском и русском языках.

18.5. Все уведомления по Договору страхования должны совершаться в письменной форме, при этом Страховщик вправе передавать уведомления в форме сообщений на электронный адрес Страхователя и/или личный кабинет Страхователя, по номеру мобильного телефона - SMS – сообщение.

18.6. Заключая договор страхования, Страхователь, Застрахованный и Выгодоприобретатель подтверждает, что имеет страховой интерес в предотвращении рисков и недопущении наступления страхового случая.

18.7. Страхователь, Застрахованный, Выгодоприобретатель не могут передавать права и обязанности по договору страхования третьим лицам без письменного согласия Страховщика.

18.8. При заключении договора страхования Стороны вправе изменить, исключить и/или дополнить положения настоящих Правил страхования путем указания на это в договоре страхования, положения которого имеют приоритет для применения к отношениям между Сторонами.