

УТВЕРЖДЕНЫ
 решением Совета директоров
 Акционерного общества
 «Страховая компания «Евразия»
 Протокол от «14» апреля 2023 года



Евразия
 СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

ПРАВИЛА
 ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ
 (ИЗЛОЖЕННЫЕ В НОВОЙ РЕДАКЦИИ)

Разработчик	Дата	Подпись
Джантуреев Н.А., Заместитель Председателя Правления	14.04.2023	
Департамент прямых продаж		
Акаев А. Ж., Директор Департамента прямых продаж	14.04.2023	
Отдел разработки и сопровождения страховых продуктов		
Кошман А.О., Начальник Отдела разработки и сопровождения страховых продуктов	14.04.2023	
Согласующие подразделения		
Тульбаев Н.Ш., Исполнительный Директор, Член Правления	14.04.2023	
Департамент медицинского страхования		
Смагулов Н.Б., Директор Департамента страхования на случай болезни	14.04.2023	
Юридическое Управление		
Мухтарова Г.М., Исполнительный директор по юридическим вопросам - Начальник Юридического Управления	14.04.2023	
Департамент контроля за страховыми выплатами		
Славкин Ю.В., Директор Департамента контроля за страховыми выплатами	14.04.2023	
Департамент риск-менеджмента		
Бекетов Т.Н., Директор Департамента риск-менеджмента	14.04.2023	
Комплаенс контролер		
Ергалиев Д.Е., COMPLIANCE контролер	14.04.2023	
Служба внутреннего аудита		
Балаганская И.В., Начальник Службы внутреннего аудита	14.04.2023	

Алматы 2023



Оглавление:

- Статья 1. Общие положения и понятия
- Статья 2. Объект страхования
- Статья 3. Предмет Договора страхования
- Статья 4. Страхователь. Замена Страхователя
- Статья 5. Застрахованный. Выгодоприобретатель
- Статья 6. Страховые случаи
- Статья 7. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования
- Статья 8. Порядок определения страховой суммы
- Статья 9. Страховая премия, порядок и сроки ее уплаты
- Статья 10. Франшиза
- Статья 11. Сведения, предоставляемые Страхователем при заключении Договора страхования. Право Страховщика на оценку страхового риска
- Статья 12. Порядок заключения Договора страхования
- Статья 13. Срок и место действия договора страхования
- Статья 14. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая. Порядок оказания медицинских услуг Застрахованным.
- Статья 15. Права и обязанности сторон
- Статья 16. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования
- Статья 17. Порядок и условия осуществления страховой выплаты. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков
- Статья 18. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате.
- Статья 19. Основания освобождения Страховщика от страховой выплаты.
- Статья 20. Условия прекращения договора страхования
- Статья 21. Изменения количества Застрахованных.
- Статья 22. Дополнительные условия
- Статья 23. Порядок разрешения споров

Статья 1. Общие положения и понятия

1. На условиях настоящих Правил страхования АО «Страховая компания «Евразия», именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает Договоры добровольного страхования на случай болезни, путем заключения Договора страхования либо присоединения Страхователя к настоящим Правилам страхования и выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса (далее по тексту – Договор/Договор страхования).

2. Договоры страхования заключаются с физическими и юридическими лицами, именуемыми в дальнейшем «Страхователь».

3. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах страхования, означают следующее:

- 1) **Амбулаторная карта** - документ, содержащий сведения о медицинских услугах, оказанных Застрахованным, а также о лекарственных средствах, выписанных работниками медицинских учреждений в период действия Договора страхования;
- 2) **Амбулаторное лечение** - лечение Застрахованных в амбулаторно-поликлиническом режиме в медицинских учреждениях из системы Ассистанса;
- 3) **Ассистанс** - юридическое лицо, действующее от имени и по поручению Страховщика в целях предоставления медицинских услуг Застрахованному;
- 4) **Врач** - практикующий медицинский работник, получивший в порядке, установленном законодательством страны, на территории которой оказывается медицинская помощь, соответствующее разрешение (лицензию) на право осуществления медицинской деятельности, и оказывающий медицинские услуги в пределах, указанных в этой лицензии, в соответствии с полученным специальным образованием и квалификацией;
- 5) **Выгодоприобретатель** - лицо, которое в соответствии с настоящими Правилами страхования является получателем страховой выплаты;



- 6) **Госпитализация** - оказание медицинской помощи Застрахованному в стационарных условиях;
- 7) **Госпитализация по экстренным показаниям** - госпитализация Застрахованных в медицинское учреждение в случае внезапного ухудшения состояния его здоровья. Предусматривает пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии, проведения оперативного вмешательства в первые сутки госпитализации;
- 8) **Диагностические показания** - комплекс мероприятий, необходимый для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клиническое обследование);
- 9) **Документы, в соответствии с которыми ведется учет обращений и медицинских расходов Застрахованного** - индивидуальная пластиковая карточка, амбулаторная карта, акт выполненных работ, рецептурные бланки;
- 10) **Застрахованный** - лицо, в отношении которого осуществляется страхование;
- 11) **Индивидуальная пластиковая карточка** - свидетельство, выдаваемое каждому Застрахованному с указанием индивидуального номера, фамилии её владельца, срока действия, программы страхования, подтверждающих право Застрахованного на получение медицинской помощи в медицинских учреждениях, аптеках из системы Ассистанса;
- 12) **Компетентные органы** - государственные органы, которые, в рамках своей компетенции, уполномочены определять размер вреда, причиненного в результате страхового случая и (или) предпринимать необходимые действия в связи с расследованием наступивших страховых случаев (комиссии МСЭ, больницы, поликлиники, иные медицинские учреждения, где ранее получал медицинскую помощь Застрахованный, органы дознания, следствия, прокурор, пожарная инспекция, МЧС);
- 13) **Лекарственное средство** - вещество природного или синтетического происхождения, или смесь веществ, используемых для лечения и диагностики Застрахованных, включая перевязочные материалы, шприцы, системы для вливания растворов и переливания крови.
- 14) **Лечебные показания** - комплекс мероприятий, необходимый для лечения Застрахованного с установленным диагнозом;
- 15) **Лимиты страховой выплаты** - сумма, в пределах которой по Договору страхования осуществляется оплата медицинских расходов Застрахованного в соответствии с Программой страхования;
- 16) **Медицинские документы** - справка о состоянии здоровья Застрахованного, выписка из истории болезни и амбулаторной карты, лист временной утраты трудоспособности, медицинское лабораторное заключение, подтверждающее тот или иной диагноз;
- 17) **Несчастный случай** - наступившее вопреки воле человека внезапное, кратковременное событие (происшествие) в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на организм застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть;
- 18) **Острое заболевание** - внезапное и непредвиденное расстройство здоровья Застрахованного, вызванное воздействием внешних факторов, включая инфекционное заболевание и острое отравление, а также обострение хронического заболевания Застрахованного в период действия Договора страхования;
- 19) **Памятка Застрахованного** - памятка, выдаваемая Застрахованному, содержащая сведения о Застрахованном, о членах его семьи, о Программе страхования, а также списки медицинских учреждений и врачей;
- 20) **Программа страхования** - перечень и лимиты стоимости медицинских услуг, лекарственного обеспечения, предоставляемых Застрахованным медицинскими учреждениями, аптеками;
- 21) **Семейный врач** - лицо, осуществляющее регулирование процедуры оказания Застрахованным медицинских услуг, установленных настоящим Договором страхования, либо непосредственно оказывающее медицинские услуги Застрахованным;
- 22) **Система Ассистанса** - врачи и медицинские учреждения, осуществляющие медицинскую деятельность на основании соответствующих лицензий и состоящие в договорных отношениях с Ассистансом или принадлежащие последнему, осуществляющие оказание медицинских услуг Застрахованным в рамках Договора страхования;
- 23) **Стационарное лечение** - лечение Застрахованных в стационарном режиме с помещением в медицинское учреждение из системы Ассистанса;
- 24) **Страхователь** – физическое либо юридическое лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком;



- 25) **Узкий врач специалист** - врач, специализирующийся на оказании какой-либо медицинской помощи;
- 26) **Члены семьи** - супруг (супруга), родители, дети Застрахованного от 1 месяца до 18 лет. (если иное не оговорено Договором страхования);
- 27) **Патологические состояния, при которых показана экстренная медицинская помощь:**
- Несчастные случаи;
 - Тяжелые травмы;
 - Ранения;
 - Вывихи;
 - Ожоги;
 - Поражения электрическим током и молнией;
 - Сотрясения и ушибы мозга;
 - Отморожения;
 - Тепловые и солнечные удары;
 - Асфиксии всех видов;
 - Утопления;
 - Инородные тела дыхательных путей;
 - Отравления;
 - Покушение на самоубийство;
- 28) - Укусы ядовитых змей и насекомых;
- 29) **Симптомы угрожающих жизни внезапных заболеваний:**
- Внезапная потеря сознания;
 - Остро развившиеся расстройства сердечно-сосудистой деятельности (внезапно возникшая боль или нарушения ритма сердца);
 - Расстройства органов дыхания – одышка, удушье;
 - Параличи, судорожные припадки;
 - Сильные кровотечения, кровавая рвота, рвота и отравления пищей.
- 30) **Патологические состояния, при которых показана неотложная медицинская помощь:**
- при острых и обострениях хронических заболеваний, в том числе, инфекционных заболеваний, связанных с резким ухудшением здоровья;
 - внезапным повышением артериального давления;
 - появлением одышки, приступа удушья и бронхиальной астмы;
 - высокой температурой (выше 39-40°C);
 - острой задержкой мочи;
 - внезапно возникшими болями в животе;
 - аллергией.
- 31) **Период страховой защиты** - период времени с момента, когда возникает обязанность Страховщика осуществлять страховые выплаты, при условии наступления страховых случаев в течение срока действия Договора страхования, и до момента, когда такая обязанность прекращается. Период действия страховой защиты совпадает с периодом действия Договора страхования;
- 32) **Профилактические показания** - комплекс мероприятий, необходимый для предотвращения возможных заболеваний и профилактики установленных (вакцинации, профилактические осмотры);
- 33) **Стоматологические показания:**
- 34) - любые лечебно-диагностические мероприятия, связанные с заболеванием десен и зубов;
- 35) - экстренная помощь по стоматологическим показаниям включает в себя: обезболивание, вскрытие абсцесса, удаление зуба.
- 36) **Страховая сумма** - сумма денег, на которую застрахован объект страхования, которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая⁴
- 37) **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая в пределах страховой суммы, установленной Договором страхования;
- 38) **Страховой риск** - обстоятельства, определяющие вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления;
- 39) **Страховой случай** - событие, в результате наступления которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату. Такое событие должно обладать признаками случайности и вероятности его наступления, а также вредоносностью его последствий для



Застрахованного. Между событием, указанным в Договоре страхования в качестве страхового случая, и вредом, причиненным объекту страхования, должна существовать причинно-следственная связь;

40) **Страховая премия** - сумма денег (плата за страхование), которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательства произвести Страхователю (Выгодоприобретателю) страховую выплату в размере, определенном Договором страхования;

41) **Страховщик** - АО «Страховая компания «Евразия», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией на право осуществления страховой деятельности, и обязанное произвести страховую выплату Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая в пределах определенной Договором страхования суммы;

42) **Репатриация** - возвращение (транспортировка) Застрахованного в страну постоянного проживания при внезапном заболевании / несчастном случае или доставка тела Застрахованного в случае его смерти в страну постоянного проживания;

43) **Телесное повреждение** - нарушение физической целости организма Застрахованного.

44) **Территория страхования** - территория, на которую распространяется страховая защита Страховщика по Договору страхования;

45) **Франшиза** - собственное участие Страхователя в возмещении убытков, причиненных страховым случаем;

46) **Экстренные показания:**

- болевые симптомы, ожоги и травмы, шоковые состояния;
- лихорадочное состояние (высокая температура тела), судороги, потеря сознания, удушье;
- симптомы изменения артериального давления.

47) **Неотложная медицинская помощь** - патологические изменения в организме человека, которые приводят к резкому ухудшению здоровья и могут угрожать жизни;

48) **Экстренность** - срочное устранение всех неотложных патологических состояний, возникших непредвиденно, вызванных внешними или внутренними факторами, которые независимо от степени тяжести больного требуют немедленной диагностической и лечебной деятельности;

49) **Договор на оказание медицинских услуг** - применительно к настоящим Правилам страхования - договор, заключаемый Страховщиком с Ассистансом, определяющий порядок и условия оказания медицинских услуг Застрахованным, а также порядок и условия осуществления страховой выплаты;

50) **Список Застрахованных** - список лиц, в отношении которых осуществляется страхование по Договору страхования, заключаемого в рамках настоящих Правил страхования. Застрахованными также являются и члены семьи Застрахованного, если они поименованы в Договоре страхования;

51) **Служебная командировка** - направление Застрахованного для выполнения трудовых обязанностей вне места постоянной работы.

Статья 2. Объект страхования.

1. По Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил страхования, объектом страхования признаются имущественные интересы Застрахованного, связанные с компенсацией его расходов, вызванных обращением к врачам и/или в медицинские учреждения из системы Ассистанса за медицинскими услугами, включенными в Программу страхования, аптеки за получением лекарственных средств, предусмотренных Программой страхования, а также необходимостью организации страхования за пределами Республики Казахстан в случае выезда Застрахованного за рубеж.

2. Не подлежат страхованию противоправные интересы Страхователя (Застрахованного).

Статья 3. Предмет Договора страхования.

1. Предметом Договора страхования на случай болезни является обязательство Страховщика осуществить страховую выплату.

2. По Договору страхования Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Договором, а Страховщик обязуется при наступлении предусмотренного Договором страхования страхового случая осуществить Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен Договор страхования (Выгодоприобретателю), страховую выплату в пределах определенной Договором страхования страховой суммы.



3. Поверенным Страховщика по вопросам организации и (или) финансирования медицинских услуг определенного перечня и качества в объеме Программы страхования, определенной Договором страхования, выступает Ассистанс.

Статья 4. Страхователь. Замена Страхователя.

1. Страхователь – лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком. Страхователями могут быть физические и юридические лица, которые заключают Договор страхования в пользу третьих лиц (Застрахованных). Если Страхователь заключил Договор страхования в свою пользу, то он является также Застрахованным.
2. При реорганизации Страхователя – юридического лица в период действия Договора страхования его права и обязанности по этому Договору переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определенном законодательством Республики Казахстан.
3. В случае смерти Страхователя, заключившего Договор страхования в пользу Застрахованного, права и обязанности, определяемые этим Договором страхования, переходят к Застрахованному с его согласия. При невозможности выполнения Застрахованным обязанностей по Договору страхования его права и обязанности могут перейти к лицам, осуществляющим в соответствии с законодательными актами обязанности по охране его прав и законных интересов.
4. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, в период действия Договора страхования, заключенного в пользу Застрахованного, его права и обязанности по этому Договору страхования переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику.

Статья 5. Застрахованный. Выгодоприобретатель.

1. Договор страхования заключается в пользу третьих лиц – Застрахованных и (или) Выгодоприобретателей. Застрахованными по Договору страхования могут быть физические лица (независимо от гражданства), а Выгодоприобретателями - физические (независимо от гражданства) и юридические лица (независимо от форм собственности).
Возраст Застрахованного не может быть менее 1 месяца на момент заключения и более 65 лет на момент окончания Договора страхования.
2. Заключение Договора страхования в пользу Застрахованного и (или) Выгодоприобретателя не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому Договору страхования. Страхование третьего лица осуществляется за счет Страхователя.
3. Застрахованными не признаются, и страховая защита не распространяется на лиц, которые к моменту заключения Договора страхования:
 - имеют злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;
 - являются инвалидами 1 и 2 групп;
 - состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных и кожно-венерологических диспансерах, а также лица, страдающие хроническими зооинфекционными заболеваниями;
 - госпитализированы.
4. Если на Застрахованного, не являющегося Страхователем, возлагаются определенные обязанности, Страхователь должен получить согласие Застрахованного на заключение Договора страхования. При групповом обезличенном страховании (страхование неопределенного круга лиц), согласия третьего лица на заключение Договора страхования, в котором оно будет определено в качестве Застрахованного, не требуется. Возражение Застрахованного по поводу его страхования влечет невозможность заключения Договора страхования, а если он был уже заключен – расторжение Договора страхования. Фактическое обладание и/или использование Застрахованным индивидуальной пластиковой карточки является согласием Застрахованного на заключение Договора страхования и согласием со всеми условиями последнего.
5. В случае если Застрахованный отказался от получения страховой выплаты, причитающейся ему в соответствии с настоящими Правилами страхования, право на получение страховой выплаты переходит к Страхователю.
6. В случае смерти не являющегося Страхователем Застрахованного, в отношении которого заключен Договор страхования, этот Договор подлежит прекращению.



7. В соответствии с настоящими Правилами страхования Выгодоприобретателем по Договору страхования могут быть:

- 1) Застрахованный;
- 2) Ассистанс.

8. В случае смерти Выгодоприобретателя, не являющегося Застрахованным, либо его отказа от прав Выгодоприобретателя, права последнего переходят к Страхователю.

9. Страхователь вправе до наступления страхового случая заменить не являющегося Застрахованным Выгодоприобретателя, названного в Договоре страхования, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика.

10. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил определенные обязанности по Договору страхования, вытекающие из его соглашения со Страхователем, или предъявил Страховщику требование об осуществлении ему страховой выплаты.

11. При наступлении страхового случая Выгодоприобретатель вправе предъявить непосредственно Страховщику требование о страховой выплате, предусмотренной Договором страхования.

Статья 6. Страховые случаи.

1. обоснованная необходимость получения Застрахованным в системе Ассистанса (а для Застрахованных находящихся на территории г. Алматы и г. Астаны в Ассистансе) медицинских услуг при условии наличия острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других несчастных случаев, возникших в период действия Договора страхования.

2) необходимость организации медицинского страхования за пределами Республики Казахстан, если это предусмотрено программой страхования.

2. Дополнительно в Программу страхования может быть включено (без внесения изменений в Правила страхования):

- 1) патронаж по беременности и родам;
- 2) патронаж детей до года;
- 3) страхования граждан (Застрахованных), выезжающих за границу;
- 4) прикрепление Застрахованных к международной Ассистанской сети.

3. Дополнительно по настоящим Правилам страхования могут страховаться риски, обладающие признаками вероятности и случайности его наступления, в том числе:

1) обеспечение перемещения Застрахованного в одну из ближайших больниц страны временного пребывания;

2) организация перемещения (эвакуация) Застрахованного рейсовым транспортом до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства. В каждом конкретном случае решение об эвакуации и выборе вида транспорта принимается Страховщиком. Без указанного решения Страховщик не возмещает расходы по эвакуации Застрахованного.

3) посмертная репатриация – осуществление перевозки (транспортировки) тела (останков) Застрахованного в случае его смерти из страны временного пребывания до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства. Расходы на посмертную репатриацию тела до места, постоянного проживания Застрахованного возмещаются, если смерть Застрахованного наступила в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травме, отравлении и других расстройствах здоровья.

Способы транспортировки Застрахованного определяются Страховщиком с учетом медицинских показаний. При этом Страховщик не несет ответственности в случае несоблюдения перевозчиком расписания движения. Страховщик покрывает перечисленные риски в том, случае, если они прямо включены в Договор страхования. При этом их включение не требует внесения изменений в Правила страхования.

Статья 7. Исключение из страховых случаев и ограничение страхования.

1. Не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинской помощи, если иное не предусмотрено программой страхования, в связи:

1.1. со следующими заболеваниями, за исключением случаев, когда окончательный диагноз еще не установлен:



- 1) туберкулез, саркоидоз, полиомиелит и их последствия независимо от клинической формы и стадии процесса;
- 2) Венерические заболевания и все заболевания, передающиеся половым путем;
- 3) Климактерический синдром, включая сопутствующие климаксу патологические проявления (включая, но не ограничиваясь: миокардиодистрофия, остеопороз и т.д.);
- 4) Спаечная болезнь, кроме случаев, угрожающих жизни
- 5) ВИЧ-инфекция, подтвержденные иммунодефицитные состояния развернутая иммунодиагностика;
- 6) микозы, псориаз нейродермит, алопеция, врожденный и приобретенный ихтиоз, витилиго; угревая сыпь, хронические заболевания кожных покровов;
- 7) системные поражения соединительной ткани, аутоиммунные заболевания, ревматические болезни;
- 8) Врожденные и приобретенные аномалии и пороки развития, в том числе, лечение искривления носовой перегородки с косметологической, пластической или лечебной целью;
- 9) профессиональные заболевания;
- 10) Остеохондроз позвоночника различной локализации, в том числе консервативное и оперативное лечение осложнений остеохондроза (включая, но не ограничиваясь: грыжи, протрузии, спондилолистезы, смещение позвонков), реабилитация, за исключением диагностики и консервативного лечения выраженных болевых синдромов;
- 11) деформирующие остеоартрозы, лечение
- 12) Лечение острых, хронических гепатитов и циррозов печени, болезни Крона, хронической печеночной недостаточности и её осложнений (включая, но не ограничиваясь: кожный зуд, гипербилирубинемия, печёночная кома);
- 13) доброкачественные и злокачественные новообразования органов и тканей, а также обусловленные ими осложнения, в том числе лечение псевдоэрозий и эрозий шейки матки (за исключением случаев, прямо угрожающих жизни и здоровью Застрахованного); гиперпластические процессы любой локализации, разрастания лимфоидной ткани (включая, но не ограничиваясь: аденоиды.);
- 14) Заболевания эндокринной системы: сахарный и несахарный диабет, и его осложнения, болезни щитовидной железы, паращитовидных желез, гипопаратиреоз, надпочечников и их последствия, расстройства питания и нарушения обмена веществ, кроме случаев, угрожающих жизни;
- 15) Поликистоз почек; хронический гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения; заболевания предстательной железы (включая, но не ограничиваясь: хронические простатиты, аденомы, гиперплазии) нефроптозы;
- 16) бронхоэктатическая болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью;
- 17) остеопорозы, хронические остеомиелиты, артрозы с нарушением функции суставов III степени, пяточные шпоры;
- 18) атеросклероз сосудов нижних конечностей, синдром Лериша
- 19) Особо опасные инфекции, включая, но не ограничиваясь: натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, брюшной тиф, туляремия, сепсис, миелиоз, легионеллез, оспа, гемморрагические лихорадки, энцефалиты.
- 20) глазные болезни: миопия, гиперметропия, астигматизм, катаракта, глаукома, спазм аккомодации, отслойка сетчатки, демодекоз, массаж век и биостимуляция глазного яблока, косоглазие, птериgium, халязион, возрастная макулярная дегенерация сетчатки, а также ее лечение препаратом «Луцентис»;
- 21) психические заболевания и их осложнения, а также различные травмы и соматические состояния, возникшие в связи с заболеваниями психической природы;

1.2. со следующими обстоятельствами:

- 1) Острые нарушения мозгового кровообращения и их последствия.
- 2) Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения нервной системы
- 3) Аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит, эндоартериит), варикозная болезнь, плановое лечение хронического геморроя.
- 4) Эпилепсия, демиелинизирующие заболевания нервной системы, гиперкинетические синдромы, неврозы навязчивых состояний, тики, энкопрез, тетания, каталепсия и другие группы неврозов;
- 5) Ожирение, дефицит веса.
- 6) Нарушения осанки.
- 7) Нарушения речи, слуха.



8) Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения II - III стадии, миокардит Абрамова –Фидлера, заболевания, требующие внедрения искусственного водителя ритма, синдром WPW.

9) Хронические заболевания в стадии ремиссии;

10) Заболевания, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения.

11) Паразитарные заболевания (гельминтозы).

1.3. со следующими методами диагностики и лечения:

1) Иридо-, аурикулодиагностика, термпунктурная, электропунктурная, пульсовая, мануальная диагностика, энергоинформатика, аллергодиагностика; мануальная терапия, общий массаж (кроме детей до 1 года, при наличии патронажа), барокамера, флотинг, гирудотерапия, гомеопатия, исследование по Фоллю, иглорефлексотерапия, грязелечение, оксигенотерапия, биорезонансная терапия, фототерапия, вакуумная терапия, ударно-волновая терапия, подводная, «сухая вытяжка» позвоночника, плазмоферез, гемоферез, УФО крови, гидроколлотерапия, циркулярный и другие виды душа, жемчужные и другие виды ванн, грязелечение, подводный массаж, биомеханическое вытяжение, нетрадиционная диагностика, нетрадиционные системы оздоровления, энергоинформационная система оздоровления, бальнеотерапия, механотерапия, тракционное лечение, методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны, лечение с применением лазерного излучения, включая лазерную литотрипсию;

2) пластические операции, все виды протезирования и косметология; виды лечения, связанные с устранением косметических и иных недостатков внешности и телесных аномалий, изменение формы либо структуры носовых перегородок; проведение с этой целью челюстно-лицевых оперативных вмешательств;

3) снятие зубных отложений (кроме случаев наличия лечебных показаний, но не более 1 раза за период действия Договора), ортодонтия, протезирование, 3-D снимки, профилактика стоматологических заболеваний;

4) лечение хронического парадонтита, требующего использования любого хирургического метода (кюретаж и другие);

5) лечение ортодантических нарушений;

6) протезирование зубов и подготовка к нему;

7) лечение зубов с разрушением коронковой части более чем на 1/2 с целью ее восстановления (реставрации);

8) применение лечебных манипуляций на зубах, покрытых ортопедическими и ортодантическими конструкциями;

9) лечение косметических дефектов и некариозных поражений зубов (отбеливание зубов, снятие пигментных налетов любыми методами, герметизация фиссур, клиновидные дефекты и другое);

10) лечение аномалий развития и роста зубочелюстной системы;

11) применение «Вектор и Хэльбо» (аппаратной) терапии при лечении заболеваний парадонта;

12) Изменение массы тела (хирургическое и/или медикаментозное); хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;

13) Стерилизация, подбор методов контрацепции (в том числе, введение и удаление внутриматочной спирали);

14) Лабораторно-диагностическое исследование Застрахованного методом ПЦР, ИФА, РИФ, а также исследования на гормоны щитовидной железы (за исключением проведения не более трех реакций при каждом страховом случае, если иное не предусмотрено программой страхования);

15) Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (за исключением проведения не более одного обследования в год по медицинским показаниям, если иное не предусмотрено программой страхования);

16) Массаж (за исключением массажа определенной зоны по лечебным показаниям, согласно программе страхования). Массаж проводится только по месту нахождения медицинского учреждения;

17) Эндопротезирование, аортокоронарное шунтирование, стентирование, коронарография, включая диагностику и все сопутствующие исследования, необходимые для их проведения;

18) Лазерная и иная коррекция зрения;

19) Проведение урологического массажа, диагностика и лечение импотенции, бесплодия;

20) Снятие зубных отложений и зубного камня с профилактической целью, лечение заболеваний пародонта с использованием аппарата «Вектор»;



- 21) Лечение аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации; любой вид аллергодиагностики, в том числе на аппарате Юникап, включая, но не ограничиваясь: кожные скарификационные пробы;
- 22) внутривенные инфузии, перевязки, обработка ран по поводу хирургической патологии на дому, если иное не предусмотрено Программой страхования.

1.4. со следующими обстоятельствами:

- 1) Беременность и ее последствия (если не входит в объем оказываемых услуг); бесплодие, аборт и их осложнения, нарушение менструального цикла (диагностика и лечение); искусственное оплодотворение, удаление внутриматочной спирали (ВМС) (за исключением случаев, прямо угрожающих жизни женщины, в виде маточных кровотечений, замершей беременности, внематочной беременности, апоплексии яичника, перекрута ножки опухоли (кисты), перитонита);
- 2) Травмы, ожоги, отравления, полученные в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;
- 3) Попытка самоубийства; умышленное нанесение телесных повреждений самому себе;
- 4) Острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами;
- 5) Патологические переломы, врожденные или приобретенные недостатки организма;
- 6) Травматическое повреждение или иное расстройство здоровья, наступившее в результате совершения Застрахованными умышленного преступления;
- 7) Заболевания, травмы и другие повреждения организма, связанные с выделением ядерной энергии, радиоактивным облучением и/или их последствиями.
- 8) Травмы, полученные Застрахованными при управлении каким бы то ни было транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо без соответствующих документов (а также, в том случае, если Застрахованный передал управление лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо не имевшему соответствующих документов);
- 9) Заболевание или несчастный случай в результате военных действий, беспорядков, коллективных актов насилия политического, идеологического или социального происхождения, если доказано, что лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, принимало в них участие;
- 10) Заболевания, травмы и другие повреждения организма, произошедшие в период действия Договора страхования, но явившиеся прямым следствием военных действий, войны, оккупации территории, акта агрессии, вооруженных инцидентов (независимо от того, была ли объявлена война), забастовки, локаута, общественных беспорядков;
- 11) состояния, явившиеся следствием опасных увлечений Застрахованных – прыжки с парашютом, подводное плавание, воздухоплавание, авторалли, скалолазание, лыжи, рафтинг, альпинизм, серфинг, скейтбординг, катание на коньках, дельта-, парапланеризм, автомобильные и мотогонки, верховая езда, футбол, хоккей, регби, силовые виды спорта (тяжелая атлетика) все виды борьбы, спелеотуризм, родео, гонки на роликовых досках, вело-, мотоспорт и т.д.
- 12) заболевания или травмы, явившиеся следствием занятий застрахованного профессиональным или любительским видом спорта, в том числе – следствием участия в спортивных соревнованиях;
- 13) кроме случаев, когда это специально предусмотрено программой страхования не покрываются по настоящему Договору медицинские расходы, связанные с прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием) для поступления на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения, на работу или воинскую службу, для участия в спортивных мероприятиях, для получения разрешения на въезд в другое государство, для получения разрешения на управление транспортным средством, ношение оружия, для получения отсрочки или освобождения от воинской службы, для получения справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, мероприятий, оформление посыльного листа на МСЭ (форма № 088у/ф);
- 14) медицинские расходы, связанные с санаторно-курортным лечением;
- 15) расходы, связанные с приобретением металлоконструкций, имплантов, протезов для проведения реконструктивных и других видов операций – с целью лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата;
- 16) расходы, связанные с приобретением товаров медицинского назначения, предназначенные для реабилитации и ухода за больным;
- 17) расходы, связанные с использованием, ремонтом и подгонкой корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, оправ, слуховых устройств, слуховых имплантатов);
- 18) получение Застрахованным медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, включая последующие обращения, связанные с тем же заболеванием;



19) расходы, связанные с плановым оперативным лечением хирургических заболеваний, включая, но не ограничиваясь: постоперационное снятие и обработка швов, удаление металлических конструкций (штифтов и других) а также иные процедуры;

20) расходы, связанные с услугами психолога и психотерапевта, диетолога, логопеда, услугами по планированию семьи;

21) расходы, связанные с покрытием ударно-волновой терапии, все методы дистанционного дробления камней;

2. Застрахованными по настоящему Договору не могут быть следующие лица, если иное не предусмотрено программой страхования:

1) дети до 1 года и лица старше 65 лет;

2) ВИЧ-инфицированные, независимо от того, когда поставлен диагноз (в период действия Договора либо до его заключения);

3) имеющие злокачественные новообразования, независимо от того, когда они выявлены (в период действия Договора либо до его заключения);

4) имеющие к началу страхования группу инвалидности независимо от того, когда она присвоена (в период действия Договора либо до его заключения);

5) госпитализированные к началу страхования.

В случае наличия обстоятельств, указанных в настоящем пункте, Страховщик вправе в одностороннем порядке исключить соответствующего Застрахованного, из списка Застрахованных лиц, путем направления письменного уведомления Страхователю.

В случае, если указанные в настоящем пункте обстоятельства наступили до заключения Договора и были известны Застрахованному на момент Заключения Договора, но о них не было сообщено Страховщику до даты заключения Договора, произведенные страховые выплаты подлежат возврату Страхователем Страховщику, в течении 5 рабочих дней с момента получения Страхователем письменного уведомления от Страховщика.

В случае, если указанные в настоящем пункте обстоятельства наступили в период действия Договора либо о них не было известно Застрахованному на момент заключения Договора страховые выплаты производятся до момента наступления (выявления) обстоятельств, предусмотренных настоящим пунктом.

При исключении Застрахованных, подпадающих под действие настоящего пункта, из списка застрахованных возврат страховой премии не производится.

3. Страховщик не компенсирует затраты на покупку следующих лекарственных препаратов:

1) контрацептивные препараты;

2) хондропротекторы;

3) противовирусные препараты (за исключением, лечения ОРВИ и ОРЗ);

4) поливитамины в профилактических целях;

5) противотуберкулезные препараты;

6) биологические активные добавки;

7) пробиотики (за исключением назначения на период антибактериальной терапии)

8) противогрибковые препараты (за исключением назначения в конце антибактериальной терапии)

9) гомеопатические препараты;

10) антидепрессанты;

11) косметические средства;

12) анорексантные препараты;

13) иммуномодуляторы, иммунодепрессанты;

14) статины.

4. Страховые выплаты по страховым случаям, произошедшим в период действия Договора, осуществляются до момента окончания периода действия страховой защиты, в независимости от необходимости дальнейшего получения Застрахованным услуг либо продолжения лечения.

5. Страховщик не производит страховую выплату за:

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

2) моральный вред.».

6. Страховщик не компенсирует затраты на покупку следующих лекарственных препаратов:

1) контрацептивные препараты;

2) противовирусные препараты (за исключением, лечения ОРВИ и ОРЗ);

3) хондропротекторы;



- 4) поливитамины в профилактических целях;
- 5) противотуберкулезные препараты;
- 6) биологические активные добавки;
- 7) пробиотики (за исключением назначения на период антибактериальной терапии);
- 8) противогрибковые препараты (за исключением назначения в конце антибактериальной терапии);
- 9) гомеопатические препараты;
- 10) антидепрессанты;
- 11) косметические средства;
- 12) анорексантные препараты;
- 13) иммуномодуляторы, иммунодепрессанты;
- 14) статины.

7. Страховые выплаты по страховым случаям, произошедшим в период действия Договора, осуществляются до момента окончания периода действия страховой защиты, в независимости от необходимости дальнейшего получения Застрахованным услуг либо продолжения лечения.

8. 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 (далее по тексту – Перечень ФРОМУ);
- 2) не предоставления Страхователем/ Застрахованным документов, а также дополнительной информации по запросу Страховщика для проведения надлежащей проверки;
- 3) когда есть основания полагать, что операция с деньгами и (или) иным имуществом совершается с целью ОД и ФТ.

Статья 8. Порядок определения страховой суммы.

1. Размер страховой суммы по Договору страхования определяется исходя из объема и вида медицинских услуг по выбранной программе страхования, количества Застрахованных и периода действия договора страхования.

2. По Договору страхования Страховщик путем страховой выплаты возмещает разумные и обоснованные (умеренные, обычные и необходимые) затраты Застрахованного на медикаменты, терапевтическую, хирургическую, диагностическую или иную медицинскую помощь. При этом страховая выплата не может превышать размера фактических затрат Застрахованного на медикаменты и медицинскую помощь при наступлении страхового случая.

3. Страховая выплата осуществляется Выгодоприобретателю независимо от причитающихся Застрахованному сумм по социальному страхованию, социальному обеспечению, по другим Договорам страхования и в порядке возмещения вреда.

4. По Договору страхования расходы, понесенные Страхователем или Застрахованным в целях предотвращения или уменьшения убытков от наступившего страхового случая, подлежат возмещению Страховщиком, если такие расходы были необходимы или были произведены для выполнения указаний Страховщика, даже если соответствующие меры оказались безуспешными.

5. Такие расходы возмещаются в фактических размерах, однако с тем, чтобы общая сумма страховой выплаты и компенсации расходов не превысила страховой суммы, предусмотренной Договором страхования. Если расходы возникли в результате исполнения Страхователем указаний Страховщика, они возмещаются в полном размере, безотносительно к страховой сумме.

Статья 9. Страховая премия, порядок и сроки ее уплаты.

1. Размер страховой премии устанавливается Договором страхования и определяется в соответствии с выбранной Программой страхования. Стороны при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, могут применять разработанные Страховщиком страховые тарифы, определяющие ставку страховой премии, взимаемой с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

2. Страховщик предоставляет скидку Страхователю относительно нижнего предела страховой премии, установленной настоящими Правилами страхования в зависимости от количества Застрахованных в следующем размере:

Количество Застрахованных	Размер скидки
до 10 человек	5%
от 10 до 20 человек	10%
от 25 до 50 человек	15%
свыше 50 человек	30%

3. По Договору страхования страховая премия может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку в виде периодических страховых взносов.

4. Если страховой случай наступил до уплаты определенного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты, произвести зачет причитающейся ему от Страхователя суммы просроченного страхового взноса.

5. Невнесение очередного страхового взноса к установленному в Договоре страхования сроку влечет за собой досрочное прекращение Договора страхования.

6. Страховая премия или страховые взносы могут быть уплачены Страхователем наличными деньгами или перечислены на банковский счет Страховщика.

Статья 10. Франшиза.

1. Договором страхования может быть предусмотрена безусловная (вычитаемая) или условная (невывчитаемая) франшиза - собственное участие страхователя в возмещении ущерба, причиненного в результате страхового случая. Франшиза может устанавливаться как в процентах от страховой суммы, так и в виде фиксированной суммы.

2. Размер и наличие франшизы оговаривается в Договоре страхования:

- 1) при безусловной франшизе ущерб во всех случаях возмещается за вычетом установленной суммы;
- 2) при условной франшизе страховщик освобождается от возмещения ущерба, не превышающего установленного размера франшизы, но должен возместить ущерб полностью, если его размер больше этой суммы.

3. Условие о франшизе действует если оно прямо предусмотрено в Договоре страхования.

Статья 11. Сведения, предоставляемые Страхователем при заключении Договора страхования. Право Страховщика на оценку страхового риска.

1. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

2. Существенными признаются следующие обстоятельства:

- 1) наименование, место нахождения и банковские реквизиты Страховщика;
- 2) фамилия, имя, отчество (при его наличии) и место жительства страхователя (если им является физическое лицо) или наименование, место нахождения и банковские реквизиты (если им является юридическое лицо);
- 3) указание объекта страхования;
- 4) указание страхового случая;
- 5) указание страховой суммы, порядок и сроки осуществления страховой выплаты;
- 6) размеры страховой премии, порядок и сроки их уплаты;
- 7) дату заключения и срок действия Договора страхования;
- 8) указание о Застрахованном и Выгодоприобретателе, если они являются участниками страхового отношения;
- 9) номер, серию Договора страхования (страхового полиса);
- 10) случаи и порядок внесения изменений в условия Договора страхования.



3. Иными обстоятельствами, имеющими существенное значение для определения страхового риска, признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные в письменном запросе Страховщика, направленном Страхователю в период заключения Договора страхования.

4. Страховщик вправе использовать разработанные им заявления-анкеты или вопросники для письменного запроса Страхователя об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения страхового риска.

Если Договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, последний не может впоследствии требовать расторжения Договора страхования, либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

5. В любое время в течение срока действия Договора страхования Страховщик вправе произвести медицинское освидетельствование Застрахованного, обследование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья и (или) установления достоверности сведений, сообщенных Страхователем Страховщику при заключении Договора страхования. В этих целях Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы (комиссии МСЭ, больницы, поликлиники, иные медицинские учреждения, где ранее получал медицинскую помощь Застрахованный).

Статья 12. Порядок заключения Договора страхования.

1. Страховщик вправе отказаться от заключения Договора страхования со Страхователем без разъяснения причин отказа.

2. Договор страхования заключается на основании заявления-анкеты Страхователя. Заявление-анкета является неотъемлемой частью Договора страхования. Формат заявления-анкеты составлен согласно внутренним документам Страховщика.

3. Договор страхования заключается в письменной форме путем выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса либо договора страхования, при предоставлении документов, необходимых для проведения надлежащей проверки, в соответствии с «Правилами внутреннего контроля в целях противодействия легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» Компании, либо обмена информацией между Страхователем и Страховщиком в электронной форме с использованием Интернет-ресурса Страховщика и интернет-ресурса других организаций, являющихся партнерами Страховщика, с соблюдением необходимых требований для проведения надлежащей проверки, в соответствии с «Правилами внутреннего контроля в целях противодействия легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» Компании.

4. Страховщик вправе изменить форму и запрашиваемые сведения заявления-анкеты.

5. Для заключения Договора страхования, Страховщиком у Страхователя (Застрахованных) может быть затребована дополнительная информация, характеризующая страховой риск.

6. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

7. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение:

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

8. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику, в том числе:

- 1) наименование, адрес, банковские реквизиты, телефон;
- 2) фамилию, имя, дату рождения, адрес постоянного места жительства, телефон Застрахованного;
- 3) территорию страхования, цель и период заграничной поездки;



- 4) телефон близкого родственника, с которым можно связаться при необходимости;
 - 5) перечень покрываемых страхованием расходов и услуг;
 - 6) наличие заболеваний, в том числе хронических, онкологических, наличие инвалидности, наличие беременности у лиц, включаемых в Договор страхования в качестве Застрахованных.
- 9.** Для заключения Договора страхования Страховщик может затребовать от Страхователя документы, характеризующие степень риска, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.
- 10.** Страховщик при выявлении факта сообщения Страхователем ложных сведений, либо сокрытия сведений, отказывает в осуществлении страховой выплаты.
- 11.** Застрахованному запрещается передавать страховой полис/страховую карту другим лицам с целью получения ими услуг по Договору страхования.
- 12.** Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис с такой целью, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении этого Застрахованного без возврата страховой премии.
- 13.** При утрате страхового полиса, Застрахованный должен известить об этом Страховщика в течение 24 часов. Утерянные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для обращения в Сервисную компанию. Страховщик, на основании письменного заявления Страхователя, направляет Застрахованному электронный дубликат Договора страхования либо дубликат Договора страхования на бумаге.
- 14.** При заключении Страхового полиса Страхователь соглашается с возможностью заключения Страхового полиса с использованием Страховщиком факсимильных средств (факсимиле) и/или электронного копирования подписи и/или печати и такой Страховой полис признается Сторонами оригиналом.

Статья 13. Срок и место действия Договора страхования.

1. Договор страхования заключается сроком до 12 месяцев.
2. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для сторон с момента уплаты Страхователем страховой премии, а при уплате ее в рассрочку – первого страхового взноса
3. При заключении Договора страхования стороны вправе определить, что Договор страхования прекращает свое действие с момента осуществления страховой выплаты по первому наступившему страховому случаю. Это условие действительно, если оно отражено в Договоре страхования и (или) страховом полисе.
4. Период действия страховой защиты совпадает со сроком действия Договора страхования,
5. По условиям настоящих Правил страхования территорией страхования по Договору страхования устанавливается территория Республики Казахстан. В случае выезда, застрахованного за границу, территория страхования может быть расширена на другие государства и территории.

Статья 14. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая. Порядок оказания медицинских услуг Застрахованным.

1. Страховщик организует оказание медицинских услуг Застрахованным посредством системы Ассистанса.
2. Настоящая статья определяет порядок и условия получения Застрахованными следующих медицинских услуг:
 - оказание неотложной медицинской помощи;
 - оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
 - оказание стационарной медицинской помощи;
 - оказание медицинской помощи Семейным врачом на дому;
 - оказание стоматологической помощи;
 - лекарственное обеспечение.



3. Медицинские услуги Застрахованным оказываются в лечебных учреждениях, входящих в систему Ассистанса и соответствующих Программе страхования. Обеспечение Застрахованным лекарственными средствами осуществляется в аптеках, входящих в систему Ассистанса.
4. Настоящими Правилами страхования установлены следующие общие условия оказания медицинской помощи Застрахованным:
- 1) Медицинская помощь Застрахованным оказывается только при предъявлении Семейному врачу, узкому врачу – специалисту, представителю медицинского учреждения, аптеки, входящих в систему Ассистанса, индивидуальной пластиковой карточки, удостоверения личности, амбулаторной карты и направления на фирменном бланке Ассистанса. Отступления от этого правила возможны лишь в случае необходимости оказания Застрахованному экстренной медицинской помощи или по указанию представителя Страховщика;
 - 2) Виды лечения, диагностических исследований и необходимых лекарственных средств определяется лечащим врачом (узким специалистом) по согласованию с Семейным врачом.
 - 3) Амбулаторная карта оформляется Семейным врачом при первом обращении Застрахованного за оказанием медицинской помощи. В амбулаторной карте фиксируются история болезни, лечение, назначенные обследования и лекарственные препараты;
 - 4) Медицинские услуги, оказанные Застрахованному, фиксируются Семейным врачом в амбулаторной карте;
 - 5) В случае, если медицинский работник усмотрит нарушение Застрахованным условия настоящих Правил страхования о запрете передачи Карточки покрытия не указанным в ней лицам, он имеет право до выяснения всех обстоятельств удержать индивидуальную пластиковую карточку.
5. Правилами страхования устанавливается следующий порядок оказания неотложной медицинской помощи Застрахованным:
- 1) Для оказания неотложной медицинской помощи Застрахованный вызывает бригаду неотложной медицинской помощи Ассистанса посредством обращения в диспетчерскую по телефону, указанному в Индивидуальной пластиковой карточке;
 - 2) Застрахованному оказывается неотложная медицинская помощь и сообщение об этом передается Семейному врачу для оказания им последующих медицинских услуг Застрахованному на дому;
 - 3) В случае, если Застрахованному необходимо оказание стационарной медицинской помощи, он подлежит госпитализации в медицинское учреждение, входящее в систему Ассистанса.
6. Правилами страхования устанавливается следующий порядок оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи:
- 1) В случае появления необходимости оказания Застрахованному амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, Застрахованный обращается к Семейному врачу, номер телефона и место нахождения которого указаны в Индивидуальной пластиковой карточке;
 - 2) Семейный врач организует предоставление медицинских услуг Застрахованному в порядке и объемах, предусмотренных Программой страхования;
 - 3) Семейный врач осуществляет первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра, Семейный врач либо назначает лечение самостоятельно, либо направляет Застрахованного к узкому врачу – специалисту;
 - 4) Назначения узкого врача – специалиста (в том числе и необходимые лекарственные средства) фиксируются в амбулаторной карте, которую Застрахованный передает Семейному врачу. На основании сведений, изложенных в амбулаторной карте;
 - 5) Семейный врач выписывает Застрахованному рецепт, являющийся основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами;
 - 6) Семейный врач обязан обеспечить выдачу листков временной нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности) врачами и/или медицинскими учреждениями из системы Ассистанса, которые в соответствии с законодательством Республики Казахстан вправе выдавать данные документы.
7. Настоящими Правилами страхования устанавливается следующий порядок оказания стационарной медицинской помощи:
- 7.1. Для оказания плановой стационарной медицинской помощи Застрахованный обращается к Семейному врачу, номер телефона которого указаны на Индивидуальной пластиковой карточке.
 - 7.2. Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого:
 - 7.2.1. выдает Застрахованному направление на госпитализацию в медицинское учреждение, входящее в систему Ассистанса – в случае, если вопрос о необходимости госпитализации может быть решен Семейным врачом самостоятельно, либо



7.2.2. направляет Застрахованного к узкому врачу – специалисту для решения вопроса о необходимости госпитализации.

7.2.2.1. узкий врач – специалист, проведя обследование Застрахованного и усмотрев необходимость его госпитализации, выдает Застрахованному направление на госпитализацию в медицинское учреждение, входящее в систему Ассистанса.

7.2.2.2. направление на госпитализацию передается Застрахованным Семейному врачу, который заверяет его своей подписью.

7.2.3. Все вопросы, связанные с госпитализацией Застрахованного в стационар, решаются Семейным врачом.

8. Настоящими Правилами страхования устанавливается следующий порядок оказания медицинской помощи Семейным врачом на дому:

8.1. Для оказания медицинской помощи Семейным врачом на дому Застрахованный обращается к Семейному врачу, номер телефона которого указаны на Индивидуальной пластиковой карточке.

8.2. Семейный врач обязан явиться на дом к Застрахованному в течение дня.

8.3. Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого назначает лечение Застрахованному (в том числе выдает направления на посещение узкого врача – специалиста или направление на госпитализацию) и/или выписывает рецепты на лекарственные препараты на фирменных рецептурных бланках.

9. Настоящими Правилами устанавливается следующий порядок оказания стоматологической помощи:

9.1. При необходимости получения стоматологической помощи Застрахованный обращается к Семейному врачу за получением направления к узкому специалисту-стоматологу.

9.2. Семейный врач выдает направление в стоматологическое учреждение из системы Ассистанса, указывая страховое покрытие, соответствующее Программе страхования.

9.3. При первом обращении к узкому специалисту-стоматологу на Застрахованного оформляется медицинская карта стоматологического больного по форме №043, а также зубная формула. В дальнейшем данные документы в обязательном порядке предъявляются Застрахованным Семейному врачу для получения стоматологической помощи в течение всего периода действия Договора страхования.

9.4. Страховщик покрывает расходы по стоматологии в объеме, предусмотренном Программой страхования.

10. Настоящими Правилами страхования устанавливается следующий порядок обеспечения Застрахованного лекарственными средствами:

10.1. Основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами является рецепт, выданный Семейным врачом.

10.2. Рецепт предъявляется Застрахованным в одну из аптек, входящих в систему Ассистанса.

10.3. В случае, если необходимых лекарственных средств в этой аптеке не оказалось, Застрахованный имеет право приобрести лекарственные препараты в любой другой аптеке. При этом он обязан сохранить назначение врача (с подписью и печатью), а также соответствующий документ, подтверждающий факт приобретения лекарственных средств (фискальный кассовый чек, товарный чек с указанием выданных медикаментов и печатью организации), который вместе с рецептом подлежит предъявлению Ассистансу для компенсации произведенных расходов.

10.4. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным в случае, указанном в подпункте 10.3. настоящего пункта, производится Ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней со дня предъявления Застрахованным Ассистансу (его региональному представителю) подтверждающих документов (расходно-кассового ордера и рецепта).

11. При появлении необходимости организации страхования на случай болезни за пределами Республики Казахстан в случае выезда Застрахованного в служебную командировку, Страхователь передает Страховщику информацию о периоде страхования и стране пребывания

12. Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после получения информации выдает Застрахованному полис для выезда за границу. Применительно к условиям настоящего пункта Выгодоприобретателем является Страхователь, при этом Страхователь уполномочивает Страховщика на организацию страхования Застрахованного на случай болезни за пределами Республики Казахстан.

13. Документами, подтверждающими наступление страхового случая и размер причиненных убытков, являются:

- 1) амбулаторная карта;
- 2) рецептурный бланк;



- 3) направление на госпитализацию;
- 4) заключения, сертификаты и справки, выданные лечащим врачом, медицинским учреждением и/или иным компетентным органом подтверждающие факт несчастного случая или острого заболевания, их дату, причины и размер причиненного ими вреда;
- 5) счета, квитанции, выписанные врачами и/или лечебными учреждениями, входящими в систему Ассистанса;
- 6) врачебные назначения, подтверждающие оказание медицинских услуг Застрахованным, установленные договором на оказание медицинских услуг;
- 7) заявление Страхователя, содержащее информацию о сроке и стране пребывания Застрахованного.

Статья 15. Права и обязанности сторон.

1. Страховщик обязан:

- 1) при заключении Договора страхования ознакомить Страхователя с условиями настоящих Правил страхования;
- 2) оформить и выдать каждому Застрахованному индивидуальную пластиковую карточку и памятку Застрахованного в течение 7 рабочих дней с момента вступления Договора страхования в силу;
- 3) при наступлении страхового случая и при наличии обстоятельств, освобождающих Страховщика от осуществления страховой выплаты или ее части обоснованно письменно отказать в страховой выплате или ее части в срок, установленный настоящими Правилами страхования;
- 4) возместить Страхователю и (или) Застрахованному расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
- 5) зарегистрировать сообщение о страховом случае;
- 6) по заявлению страхователя, выдать справку с указанием перечня представленных документов и даты их принятия;
- 7) при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату либо обоснованно отказать в страховой выплате или ее части в течении 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов и сведений;
- 8) обеспечить тайну страхования;
- 9) отказать в страховой выплате в случаях:
 - 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 (далее по тексту – Перечень ФРОМУ);
 - не предоставления Страхователем/ Застрахованным документов, а также дополнительной информации по запросу Страховщика для проведения надлежащей проверки;
 - когда есть основания полагать, что операция с деньгами и (или) иным имуществом совершается с целью ОД и ФТ.

2. Страхователь обязан:

- 1) уплачивать страховую премию (взносы) в размере, порядке и сроки, установленные в Договоре страхования;
- 2) сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска);
- 3) информировать Страховщика о состоянии страхового риска: незамедлительно письменно сообщать 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;
- 4) незамедлительно, но не позднее 72 часов с момента, когда ему об этом стало известно, уведомить Страховщика и (или) организацию медицинского Ассистанса о наступлении страхового случая с указанием обстоятельств его наступления, характера причиненного ущерба и предполагаемого размера убытков;

Выгодоприобретатель имеет право уведомить Страховщика о наступлении страхового случая при всех обстоятельствах, независимо от того, сделал Страхователь это или нет;



5) принять меры к предупреждению, предотвращению или уменьшению убытков от страхового случая, например: организовать первую медицинскую помощь пострадавшему и его доставку в лечебное учреждение; приостановить работу и принять меры по устранению угрозы здоровью и жизни иных работников.

В случае, если Страхователь не является Застрахованным, такая обязанность лежит на Застрахованном;

6) исполнять указания Страховщика по предотвращению или уменьшению возможных убытков от страхового случая, если они сообщены Страхователю (Застрахованному);

7) подтвердить свое согласие, а также согласие Застрахованного (Выгодоприобретателя) на сбор и обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Страхователя, Застрахованного (Выгодоприобретателя), включая трансграничную передачу персональных 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 Обществом либо третьим лицом условий Договора и/или законодательства Республики Казахстан, а также для реализации целей деятельности Общества в целом.

8) подтвердить свое согласие, а также согласие Застрахованного (Выгодоприобретателя) на распространение персональных данных в общедоступных источниках персональных данных, электронных и иных базах данных и картотеках, включая передачу таких данных третьим лицам.

9) обязан истребовать у Застрахованного (Выгодоприобретателя) письменное согласие на обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Застрахованного (Выгодоприобретателя), включая согласие на трансграничную передачу персональных данных, а также на распространение персональных данных в общедоступных источниках персональных данных, электронных и иных базах данных и картотеках, включая передачу таких данных третьим лицам.

10) Страхователь несет ответственность за отсутствие согласия Застрахованного (Выгодоприобретателя) на обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Застрахованного (Выгодоприобретателя), включая случаи отсутствия согласия на трансграничную передачу персональных данных и на распространение персональных данных в общедоступных источниках персональных данных, электронных и иных базах данных и картотеках, включая отсутствие согласия на передачу таких данных третьим лицам.

11) Согласие на сбор и обработку данных включает:

- наименование (фамилия, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность)),
- бизнес-идентификационный номер (индивидуальный идентификационный номер)
- фамилия, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) субъекта;
- срок или период, в течение которого действует согласие на сбор, обработку персональных данных;
- сведения о возможности оператора или ее отсутствии передавать персональные данные третьим лицам;
- сведения о наличии либо отсутствии трансграничной передачи персональных данных в процессе их обработки;
- сведения о распространении персональных данных в общедоступных источниках;
- перечень собираемых данных, связанных с субъектом персональных данных.

12) Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованного (Выгодоприобретателя) на сбор и обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Страхователя, хранящихся в общедоступных источниках, электронных и иных базах данных и картотеках, социальных сетях, Интернет-ресурсах, мобильных приложениях Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, а также Интернет-ресурсах, мобильных приложениях, социальных сетях их партнеров.

3. Страховщик имеет право:

- 1) проверить предоставленную Страхователем информацию, а также выполнение условий настоящих Правил страхования;
- 2) требовать от Страхователя документы, удостоверяющие факт наступления страхового случая и подтверждающие размер ущерба;
- 3) при необходимости направлять запросы в компетентные органы о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих обстоятельства наступления страхового случая;
- 4) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая;
- 5) проводить расследования в отношении причин и размера убытка;
- 6) отказать в страховой выплате или уменьшить ее размер, отсрочить страховую выплату на один месяц до выяснения всех обстоятельств на основании данных и документов компетентных органов.

4. Страхователь имеет право:



- 1) требовать от Страховщика исполнения условий настоящих Правил страхования;
 - 2) требовать от Страховщика предоставления информации о принятых мерах в отношении медицинских учреждений и (или) организации медицинского Ассистанса в случае предоставления ими медицинских услуг ненадлежащего качества;
 - 3) требовать разъяснений условий страхования;
 - 4) в случае утраты страхового полиса и (или) Индивидуальной пластиковой карточки получить дубликат страхового полиса (Индивидуальной пластиковой карточки), обратившись с письменным заявлением к Страховщику. Стоимость изготовления Индивидуальной пластиковой карточки (дубликатов) не превышает 1 000 (одна тысяча) тенге на момент изготовления карточки;
 - 5) оспорить отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты или его решение об отсрочке в осуществлении страховой выплаты в судебном порядке.
- 5.** Страховщик и Страхователь имеют также другие права и несут другие обязанности, предусмотренные настоящими правилами страхования.

Статья 16. Последствия увеличения страхового риска в период действия Договора страхования.

- 1.** Страхователь обязан незамедлительно письменно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в страховом риске, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска и происходят во время действия Договора страхования.
- 2.** Согласно настоящим Правилам страхования значительными изменениями в страховом риске в любом случае признаются изменения в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, а также:
 - 1) изменение условий и характера работы Застрахованного;
 - 2) получение указаний и предписаний по устранению выявленных недостатков и нарушений законодательства Республики Казахстан об охране труда, данных региональными Управлениями охраны труда и органами надзора и контроля (в частности, государственных инспекций труда, по безопасному ведению работ в промышленности и горному надзору);
 - 3) выявление уполномоченными по охране труда трудовых коллективов и профессиональных союзов нарушений требований к охране труда на рабочих местах;
 - 4) введение в эксплуатацию опасных или вредных производств (услуг, работ);
 - 5) служба Застрахованного (призыва на сборы, работы по контракту) в вооруженных силах, миротворческих силах или органах правопорядка;
 - 6) непосредственного участия Застрахованного в военных маневрах, учениях, испытаниях военной техники или иных подобных операциях.
- 3.** Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные настоящими Правилами страхования.
- 4.** Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменение условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
- 5.** Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с условиями настоящих Правил страхования.
- 6.** При невыполнении Страхователем обязанности, предусмотренной в настоящей статье Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных его расторжением.

Статья 17. Порядок оказания медицинских услуг застрахованным. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков

- 1.** Страховщик организует оказание медицинских услуг Застрахованным посредством Ассистанса либо Системы ассистанса. Для получения медицинских услуг Застрахованный в порядке установленном настоящим Договором обращается к Ассистансу для получения соответствующего направления (на территории городов г. Астана, г. Алматы) либо к доверенному врачу Ассистанса в случае, если получение медицинских услуг необходимо в иных городах Республики Казахстан, кроме городов г. Астана, г. Алматы. В случае необходимости получения скорой медицинской помощи застрахованный



обращается к врачу Ассистанса либо в диспетчерскую службу по телефонам указанным на Страховой карте

2. Настоящая статья определяет порядок и условия получения Застрахованными следующих медицинских услуг:

- оказание скорой медицинской помощи;
- оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
- оказание стационарной медицинской помощи;
- оказание стоматологической помощи;
- лекарственное обеспечение.

Медицинские услуги Застрахованным оказываются непосредственно Ассистансом, либо по решению Ассистанса в лечебных учреждениях, входящих в систему Ассистанса. Обеспечение Застрахованных лекарственными средствами осуществляется Ассистансом, а при невозможности обеспечения лекарственными средствами непосредственно Ассистансом в аптеках, входящих в систему Ассистанса.

3. Правилами и Договором установлены следующие общие условия оказания медицинской помощи Застрахованным:

3.1. Медицинская помощь Застрахованным оказывается только при предъявлении в Ассистанс Страховой карты, документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

Профильному специалисту, представителю учреждения либо организации из Системы ассистанса, аптеке, входящих в систему Ассистанса, для получения медицинской помощи предъявляются: Страховая карта, удостоверение личности и соответствующий документ (направление, рецепт) выданный Ассистансом. Не предоставление данных документов возможно лишь при оказании экстренной медицинской помощи, когда Застрахованный находился в бессознательном состоянии.

Медицинская помощь Застрахованным, находящимся на территории г. Астана, г. Алматы оказывается непосредственно Ассистансом.

3.2. Ассистанс вправе, по своему собственному решению предоставить Застрахованному возможность получить услуги, предусмотренные программой страхования в организациях, не являющихся участниками системы Ассистанса. При этом Застрахованный обязан получить соответствующее направление врача Ассистанса.

3.3. При возмещении Страховщиком расходов Застрахованного связанных с самостоятельной оплатой услуг, предусмотренных программой страхования, в случаях предусмотренных Договором (в том числе согласно подпункту 3.2. настоящей статьи), Застрахованный самостоятельно оплачивает полученные услуги и вместе с заявлением на возмещение предоставляет Страховщику либо Ассистансу документы для получения возмещения понесенных затрат:

- по амбулаторно-поликлинической помощи – счет - фактуру, фискальный чек и копию выписки из амбулаторной карты с результатами обследования, указанием диагноза и рекомендаций врача, бланк направления врача Ассистанса;
- по стационарному лечению – счет - фактуру, фискальный чек, копию выписки из стационара;
- по стоматологическому лечению – заказ-наряд (документ, выдаваемый врачом-стоматологом) заверенный печатью учреждения, акт выполненных работ, счет фактура, фискальный чек, заверенную стоматологической организацией копию лицензии на право оказания стоматологических услуг (лицензия предоставляется при наличии требования Страховщика);
- по лекарственному обеспечению – фискальный чек, товарный чек, копию назначений врача с указанием диагноза и полученных рекомендаций, неиспользованный рецепт врача Ассистанса.

При необходимости Страховщик либо Ассистанс вправе истребовать иные документы, имеющие отношение к событию, обладающему признаками страхового случая.

3.4. При обращении Застрахованного в медицинские организации, Страховщик не несет ответственности за результаты диагностики и лечения Застрахованного, проводимые специалистами данных медицинских организаций.

3.5. Виды лечения, диагностических исследований и необходимых лекарственных средств определяется специалистами медицинской организации.

3.6. Медицинская карта амбулаторного пациента (далее- амбулаторная карта) оформляется при первом обращении Застрахованного за оказанием медицинской помощи.

3.7. Медицинские услуги, оказанные Застрахованному, фиксируются в амбулаторной карте.

3.8. В случае, если медицинский работник усмотрит нарушение Застрахованным условия настоящего Договора о запрете передачи Страховой карты третьим лицам, он имеет право до выяснения всех обстоятельств удержать Страховую карту у себя.



3.9. Предусмотренные программой страхования медицинские осмотры, проводятся при условии предоставления Страхователем списка Застрахованных, подлежащих направлению на медицинский осмотр, не позднее чем за 3 месяца до окончания срока действия страховой защиты и не позднее чем за 2 месяца до запланированной даты медицинского осмотра. В случае, когда медицинский осмотр проводится в рамках Приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 15 октября 2020 года № КР ДСМ-131/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих обязательным медицинским осмотрам, а также правил и периодичности их проведения, объема лабораторных и функциональных исследований, медицинских противопоказаний, перечня вредных и (или) опасных производственных факторов, профессий и работ, при выполнении которых проводятся предварительные обязательные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические обязательные медицинские осмотры и правил оказания государственной услуги «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров», предоставляемый Страхователем список Застрахованных должен быть согласован с государственными санитарно-эпидемиологическими органами.

4. Правилами и Договором установлен следующий порядок оказания скорой медицинской помощи Застрахованным:

4.1. Для оказания скорой медицинской помощи Застрахованный обращается к врачу Ассистанса либо в диспетчерскую службу по телефонам, указанным на Страховой карте.

4.2. В случае, если Застрахованному необходимо оказание стационарной медицинской помощи, он подлежит госпитализации в медицинское учреждение, входящее в систему Ассистанса.

4.3. Ассистанс вправе, при отсутствии свободных собственных бригад скорой помощи либо при отсутствии собственной бригады скорой помощи в регионах Республики Казахстан, направить на вызов бригаду скорой (неотложной) помощи принадлежащую организации с которой заключены соответствующие договоры, а также бригаду скорой медицинской помощи «103».

5. Правилами и Договором установлен следующий порядок оказания амбулаторно–поликлинической медицинской помощи:

5.1. В случае появления необходимости оказания Застрахованному амбулаторно–поликлинической медицинской помощи, Застрахованный обращается в диспетчерскую службу Ассистанса, номер телефона и место нахождения которой указаны на Страховой карте.

5.2. Ассистанс организует предоставление медицинских услуг Застрахованному в порядке и объемах, предусмотренных Программой страхования и Договором.

5.3. Медицинский работник Ассистанса осуществляет первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра, назначается лечение, либо Застрахованный направляется к профильному специалисту для проведения дополнительной диагностики и последующего назначения лечения.

5.4. Назначения медицинских работников (в том числе, и необходимые лекарственные средства) фиксируются в амбулаторной карте, которая является собственностью Ассистанса и передается Застрахованному только для посещения врача Ассистанса. На основании сведений, изложенных в амбулаторной карте, медицинские работники Ассистанса выписывают Застрахованному рецепт, являющийся основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами в аптеках Ассистанса (Системы ассистанса).

6. Правилами и Договором установлен следующий порядок оказания стационарной медицинской помощи:

6.1. Вопрос необходимости стационарного лечения решает медицинский работник Ассистанса. Для получения соответствующего решения Застрахованный обращается в диспетчерскую службу Ассистанса, номер телефона и место нахождения которого указаны в Страховой карте.

6.2. Медицинский работник Ассистанса производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого выдает Застрахованному направление на госпитализацию в случае, если вопрос о необходимости госпитализации может быть решен им самостоятельно, либо направляет Застрахованного к профильному специалисту (исходя из медицинских показаний) для решения вопроса о необходимости госпитализации.

6.3. В случае самостоятельного экстренного обращения в стационар, не входящий в систему Ассистанса Застрахованный обязан сохранить соответствующий документ, подтверждающий факт обращения (выписка из истории болезни, фискальный кассовый чек, счёт фактура с печатью организации), которые подлежат предъявлению в Ассистанс для компенсации Страховщиком произведенных расходов. К указанным документам, Застрахованный прикладывает заявление об осуществлении страховой выплаты и иные документы.



7. Условия осуществления страховой выплаты в связи с получением услуг по стоматологии:

7.1. В соответствии с настоящим Договором покрытию подлежат стоматологические услуги полученные застрахованным в Ассистансе либо Системе ассистанса

7.2. В случае получения Застрахованным стоматологической помощи в экстренном порядке возмещение расходов производится Страховщиком в размере 100 % от стоимости фактически оказанных услуг в пределах сублимита страховой суммы, установленного программой страхования.

7.3. В случае получения Застрахованным экстренной стоматологической помощи в медицинском учреждении не являющемся участником Системы ассистанса Застрахованный обязан сохранить соответствующий документ, подтверждающий факт обращения (фискальный кассовый чек, акт выполненных работ (наряд) с печатью организации и другие), которые подлежат предъявлению в Ассистанс для компенсации произведенных расходов в пределах лимитов, установленных Программой страхования и Договором. К указанным документам Застрахованный прикладывает заявление об осуществлении страховой выплаты.

8. Правилами и Договором установлен следующий порядок обеспечения Застрахованного лекарственными средствами:

8.1. Основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами является рецепт, выданный медицинским работником Ассистанса.

8.2. Рецепт предъявляется Застрахованным в аптеку Ассистанса, а в случае отсутствия в аптеке Ассистанса необходимых лекарственных средств в одну из аптек входящих в систему Ассистанса.

8.3. В случае, если необходимых лекарственных средств в этой аптеке не оказалось, Застрахованный имеет право приобрести лекарственные средства в любой другой аптеке в пределах собственного лимита по медикаментам. При этом он обязан сохранить соответствующий документ (рецепт или копию назначения из амбулаторной карты), а также документ, подтверждающий факт приобретения лекарственных средств (фискальный кассовый чек и товарный чек с указанием выданных лекарственных средств и печатью организации), которые подлежат предъявлению в Ассистанс для компенсации произведенных расходов. К указанным документам, Застрахованный прикладывает заявление об осуществлении возмещения произведенных расходов.

8.4. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным в случаях, указанных в настоящем Договоре, производится Страховщиком либо Ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами в срок не позднее 30 (тридцати) рабочих дней со дня предъявления Застрахованным Ассистансу всех необходимых документов, подтверждающих наступление страхового случая и произведенные расходы.

9. Правилами и Договором установлен следующий порядок организации медицинского страхования Застрахованного за пределами Республики Казахстан в случае выезда Застрахованного в служебную командировку:

9.1. При появлении необходимости организации медицинского страхования за пределами Республики Казахстан в случае выезда Застрахованного в служебную командировку, Страхователь обращается к Страховщику с соответствующим заявлением, содержащим информацию о сроке командировки и стране пребывания. К заявлению прилагается копия приказа о направлении Застрахованного в командировку и копия паспорта Застрахованного.

9.2. Страховщик в течение 3 рабочих дней со дня получения заявления Страхователя выдает страховой полис, обеспечивающий страховую защиту Застрахованного за пределами Республики Казахстан, в объеме, предусмотренном Программой страхования.

10. Документами, подтверждающими наступление страхового случая и размер причиненных убытков являются (включая перечисленные документы, но не ограничиваясь ими): амбулаторная карта, рецептурный бланк, направление на госпитализацию, заключения, сертификаты и иные документы, выданные лечащим врачом, медицинским учреждением и (или) иным компетентным органом, подтверждающие факт несчастного случая или острого заболевания, их дату, причины и размер причиненного ими вреда, счета, квитанции, выписанные врачами и/или лечебными учреждениями, входящими в систему Ассистанса, врачебные назначения, иные документы, подтверждающие оказание медицинских услуг Застрахованным, установленные Договором на оказание медицинских услуг.

11. В случае если Страхователем по полису добровольного страхования граждан, выезжающих за границу, является Застрахованный, страховой полис подписывается Застрахованным работником, выступающим в качестве Страхователя по договору добровольного страхования граждан, выезжающих за границу.



Статья 18. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате.

1. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе (Застрахованном).
2. Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному врачами и/или медицинскими учреждениями из списка Ассистанса, а также стоимостью лекарственных средств, приобретенных Застрахованным в аптеке по назначению Семейного врача.
3. Застрахованный получает медицинские услуги и лекарственные средства в соответствии с Программой страхования.
4. Обязанность контроля за соблюдением установленных объемов ответственности (страховых сумм) возлагается на Страховщика.
5. В случае, если медицинские услуги оказаны и/или лекарственные средства приобретены с превышением стоимости, установленной Программой страхования, Страховщик оплачивает стоимость, установленную Программой страхования хотя бы медицинские услуги оказаны (лекарственные средства приобретены) вне условий Программы страхования.
6. Необходимым и достаточным условием осуществления страховой выплаты является совокупность следующих обстоятельств:
 - 1) соблюдение Застрахованными порядка оказания медицинских услуг, установленными настоящими Правилами страхования;
 - 2) исполнение Ассистансом, а также организациями и врачами, входящими в систему Ассистанса, условий договора на оказание медицинских услуг.
7. Принятие решения об отказе в осуществлении страховой выплаты осуществляется Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней. Об отказе в осуществлении страховой выплаты Страховщик уведомляет Выгодоприобретателя в письменной форме с обязательным изложением обстоятельств, послуживших причиной отказа.
8. Представитель Страховщика вправе произвести осмотр Застрахованного и (или) назначить экспертизу для оценки фактического состояния его здоровья и размера вреда, причиненного здоровью Застрахованного несчастным случаем или острым заболеванием.
9. Страховщик обязан осуществить страховую выплату Выгодоприобретателю в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня предоставления документов, подтверждающих оказание Застрахованным медицинской помощи в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования.
10. Страхователь обязан возратить Страховщику полученную Выгодоприобретателем страховую выплату (или ее соответствующую часть), если в течение предусмотренных законодательством Республики Казахстан сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое в соответствии с законодательством Республики Казахстан освобождает Страховщика от страховой выплаты.

Статья 19. Основания освобождения Страховщика от страховой выплаты.

1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:
 - 1) воздействия ядерного взрыва, радиации (ионизирующего излучения) или радиоактивного заражения материалами ядерного оружия или радиоактивными отходами;
 - 2) войны, военного вторжения, враждебных действий иностранного врага, военных действий, военных маневров и связанных с ними мероприятий военного характера, признанных таковыми в установленном законодательными актами порядке;
 - 3) гражданской войны, вооруженного мятежа, народных волнений всякого рода, массовых беспорядков, насильственного захвата или насильственного удержания власти;
 - 4) алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо отравления Застрахованного, произошедшего в результате потребления им наркотических, сильнодействующих и психотропных веществ без предписания врача, а также в результате оказания медицинской помощи и (или) лечения алкоголизма, наркомании или токсикомании, зависимости от них или их последствий;
 - 5) заболевания Застрахованного синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), ассоциированного с ним комплекса синдромов, и всеми заболеваниями, вызванными или связанными с положительной ВИЧ-реакцией;



- б) любого заболевания Застрахованного, передающегося половым путем;
 - 7) психического заболевания, психического и психологического расстройства Застрахованного;
 - 8) криминальных родов и абортов.
- 2.** Страховщик освобождается от страховой выплаты в части превышения суммы страховой выплаты над лимитом страховой выплаты, установленного для соответствующей Программы страхования.
- 3.** Страховщик вправе полностью или частично отказать в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:
- 3.1.** умышленных действий Застрахованного, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости. В состав умышленных действий Застрахованного, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, в любом случае включаются:
- 1) покушение Застрахованного на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
 - 2) умышленное причинение себе телесных повреждений Застрахованным;
 - 3) не выполнения Застрахованным предписаний лечащего врача в условиях, предусматривающих госпитализацию и стационарное лечение Застрахованного, а также нарушения Застрахованным определенного больничного режима. При этом решение об отказе в суточной компенсации принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения медицинского учреждения.
- 3.2.** Осуществление Застрахованным трудовых функций:
- 1) вопреки указаниям лечащего врача;
 - 2) за два месяца до прогнозируемого срока родов Застрахованной;
 - 3) при направлении Застрахованного на амбулаторное или стационарное лечение (госпитализацию);
 - 4) в период амбулаторного или стационарного лечения (госпитализации) Застрахованного;
 - 5) после определения Застрахованному смертельного диагноза.
- б) действий Застрахованного, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящихся в причинной связи со страховым случаем.
- 4.** Страховщик вправе полностью или частично отказать в страховой выплате в случаях, когда Застрахованный получил обслуживание в медицинских учреждениях, не входящих в систему Ассистанса, с нарушением условий настоящих Правил страхования.
- 5.** Основанием для отказа Страховщика произвести страховую выплату могут быть следующие неправомерные действия Застрахованного и (или) Страхователя:
- 1) сообщение Застрахованным и (или) Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений о здоровье Застрахованного на момент заключения Договора страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
 - 2) передача Застрахованным Индивидуальной пластиковой карточки другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;
 - 3) умышленное непринятие Застрахованным и (или) Страхователем мер по уменьшению убытков от страхового случая;
 - 4) воспрепятствование Застрахованным Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и установления размера причиненного им убытка;
 - 5) неуведомление Страхователем Страховщика об изменении страхового риска в установленные Договором страхования порядке и сроки;
 - 6) нарушение Страхователем (Застрахованным) порядка оказания медицинских услуг, установленного настоящими Правилами страхования.
- 6.** Решение об отказе в осуществлении страховой выплаты принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в сроки, указанные в настоящих Правилах страхования, с учетом времени, необходимого для почтового отправления.

Статья 20. Условия прекращения Договора страхования.

- 1.** Согласно настоящим Правилам страхования Договор страхования прекращает свое действие в следующих случаях:



- 1) когда перестал существовать объект страхования;
- 2) смерти застрахованного, не являющегося страхователем, когда не произошла его замена
- 3) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) по Договору страхования в полном объеме;
- 4) окончания срока действия Договора страхования;
- 5) когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- 6) смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя.
- 7) вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации страховщика, за исключением случаев, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности»;
- 8) изменения условий и сведений, включенных в страховой полис, оформленный страховщиком в порядке, предусмотренном законодательными актами Республики Казахстан;
- 9) 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.

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

3. Возврат страховых премий при ликвидации Страховщика осуществляется в соответствии с очередностью удовлетворения требований кредиторов, установленной законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.

4. При отказе Страхователя от Договора страхования, если это не связано с обстоятельствами, указанными в пункте 1 настоящей статьи, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

5. В случаях, когда досрочное прекращение Договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возратить Страхователю уплаченную им страховую премию полностью.

Статья 21. Изменение количества Застрахованных.

1. В том случае, если Страхователь заключает Договор страхования в отношении нескольких Застрахованных, он обязан поименовать последних в Приложении к Договору страхования. (Список Застрахованных).

Список Застрахованных подлежит изменению в следующих случаях:

- 1) включение в Список Застрахованных иных лиц, кроме тех, которые были внесены в него при заключении Договора страхования;
- 2) исключение лица из Списка Застрахованных;
- 3) замена Застрахованного.

2. Включение в Список Застрахованных иных лиц, кроме тех, которые были внесены в него при заключении Договора страхования, осуществляется Страховщиком в следующем порядке:

- 1) Страхователь обращается к Страховщику с Заявлением о включении в Список Застрахованных дополнительных лиц с указанием Программы страхования для каждого дополнительно включенного лица (далее – Заявление);
- 2) Страховщик, получив Заявление, направляет Страхователю Соглашение о внесении изменений в Договор страхования (в части общей страховой премии и общей страховой суммы) и в Список Застрахованных, а также счет на уплату страховой премии;
- 3) После уплаты Страхователем страховой премии в отношении дополнительно включаемых лиц стороны и подписания соглашения о внесении изменения в Договор страхования и в Список Застрахованных, Страховщик в течение пяти рабочих дней обязан изготовить Индивидуальные пластиковые карточки и в соответствии с актом приема-передачи вручить их Страхователю;
- 4) Страховая защита в отношении дополнительно включаемых лиц начинается с 00 часов 01 минуты дня, следующего за днем подписания сторонами дополнительного соглашения о внесении изменений в Приложение к Договору, акта приема-передачи индивидуальных пластиковых карточек.

3. Исключение лица из Списка Застрахованных осуществляется в следующем порядке:



- 1) Страхователь обращается к Страховщику с Заявлением об исключении лица из Списка Застрахованных;
 - 2) Страхователь, получив заявление, уведомляет Ассистанс о необходимости прекращения оказания медицинских услуг Застрахованному;
 - 3) Действие страховой защиты в отношении лица, исключаемого из Списка Застрахованных, прекращается с момента получения Ассистансом уведомления об исключении, но в любом случае не позднее 23 часов 59 минут дня получения Страховщиком заявления Страхователя;
 - 4) Лицу, исключенному из Списка Застрахованных, по его письменному запросу, Страховщик выдает амбулаторную карточку.
- 4. Замена Застрахованного осуществляется в следующем порядке:**
- 1) Страхователь обращается к Страховщику с Заявлением о замене Застрахованного лица (далее – предшественника) вновь включенным лицом.
 - 2) Страховщик, получив Заявление, определяет совокупный размер страховых выплат, осуществленных в отношении предшественника, корректирует страховую сумму в отношении вновь включаемого лица и до истечения 14 календарных дней со дня получения заявления направляет Страхователю Соглашение о внесении изменений в Список Застрахованных.
 - 3) После подписания сторонами соглашения о внесении изменений в Список Застрахованных, Страховщик в течение пяти рабочих дней обязан изготовить индивидуальные пластиковые карточки и в соответствии с актом приема-передачи вручить их Страхователю.
 - 4) Страховая защита в отношении дополнительно включаемых лиц начинается с 00 часов 01 минуты дня, следующего за днем подписания сторонами акта приема-передачи индивидуальных пластиковых карточек.
 - 5) Страховая защита в отношении предшественника прекращается с 23 часов 59 минут дня получения Страховщиком заявления о замене Застрахованного. Предшественнику, исключенному из Списка Застрахованных в порядке замены, по его письменному запросу, Страховщик выдает амбулаторную карточку.
- 5. При замене Застрахованного, лицо, включенное в Список Застрахованных имеет право на получение медицинских услуг в пределах неизрасходованного его предшественником объема медицинской помощи по каждому виду медицинской помощи, установленного Программой страхования в пределах страховой суммы уменьшенной на сумму всех страховых выплат, осуществленных Страховщиком в отношении предшественника лица, включенного в Список Застрахованных.**

Статья 22. Дополнительные условия.

- 1.** Настоящие Правила страхования составлены на русском языке. В случае противоречия текста на русском и казахском языках в договоре страхования, предпочтение отдается тексту на русском языке.
- 2.** Договором не покрывается страхование ответственности, наступившей прямо или косвенно в результате воздействия или при наличии следующих событий:
 - 1) воздействия любых ракет, снарядов, мин, торпед, бомб, оружия массового поражения и иных орудий/средств, машин, кораблей/иных плавучих средств, техники, дронов, роботов, технических средств, оборудования предназначенного либо применяемого на войне, военных действиях, специальных операциях, миротворческих акциях, любых конфронтациях, волнениях, массовых беспорядках, революциях, переворотах, свержениях власти, оккупациях, интервенциях любых иных подобных действиях;
 - 2) воздействия любых ракет, снарядов, мин, торпед, бомб, оружия массового поражения и иных орудий/средств, машин, кораблей/иных плавучих средств, техники, дронов, роботов, технических средств, оборудования предназначенного либо примененного либо оставшегося после применения на войне, военных действиях, специальных операций, миротворческих акциях, любых конфронтациях, волнениях, массовых беспорядках, революциях, переворотах, свержениях власти, оккупациях, интервенциях и любых иных подобных действиях либо оставшихся после обезвреживания нереализованных средств подобного действия.
- 3.** Договором не покрывается страхование ответственности, наступившей прямо или косвенно в обстановке:
 - 1) военных действий вне зависимости объявлена война или нет;
 - 2) любых специальных операций, мероприятий, действий, проводимыми государственными органами, военнослужащими, военнообязанными, наемными войсками, миротворцами;



- 3) массовых беспорядков, революций, конфронтаций, волнений, оккупаций, интервенций, локаутов, забастовках, митингах;
 - 4) антитеррористических операций;
 - 5) миротворческих операций;
 - 6) чрезвычайного положения;
 - 7) комендантского положения;
 - 8) военного положения;
 - 9) режимов ограничения передвижения;
 - 10) наличия массового грабежа, разбоя, краж, хулиганства;
- 4.** По Договору не покрываются страховой защитой ущерб или утрата, возникшие в результате:
- 1) Конфискации, национализации, захвата, удержания, ареста, уничтожения застрахованного имущества, присвоения, реквизиции в собственность или для использования любым правительством, или по его приказу (военным, гражданским или де-факто), или общественными или местными властями.
 - 2) Независимо от каких-либо иных условий, страхование по договору не распространяется на события, а Страховщик не осуществляет какие-либо платежи или страховые выплаты и не предоставляет какие-либо услуги Страхователю или иному лицу постольку, поскольку такое покрытие, платеж, выплата или услуга и/или любая предпринимательская или иная деятельность Страхователя являются нарушением любых применимых законодательных или иных нормативно-правовых норм о торговых либо экономических санкциях.
- 5.** Стороны согласны с тем, что в случае применения санкций и/или ограничений ОФАС, Евросоюза, Великобритании об ограничительных мерах в отношении действий, подрывающих или угрожающих территориальной целостности, суверенитету и независимости Украины в отношении Страхователя, его: аффилированных лиц, должностных лиц, работников, бенефициаров, консультантов, представителей, партнеров, контрагентов Страховщик вправе досрочно в одностороннем порядке расторгнуть Договор, путем простого письменного уведомления Страхователя. Договор считается расторгнутым с момента направления Страховщиком уведомления Страхователю по электронной почте или по почте на адрес, указанный в Договоре страхования.
- 6.** Стороны согласны с тем, что после прекращения действия Договора согласно пункту 5. настоящей статьи Правил Страховщик возвращает часть неиспользованной страховой премии за вычетом агентского вознаграждения, выплаченного по Данному Договору пропорционально неиспользованному периоду страховой защиты в течение 20 рабочих дней с даты прекращения действия Договора.
- 7.** Стороны согласны с тем, что в случае применения санкций и/или ограничений ОФАС, Евросоюза, Великобритании об ограничительных мерах в отношении действий, подрывающих или угрожающих территориальной целостности, суверенитету и независимости Украины в отношении Страхователя, его: аффилированных лиц, должностных лиц, работников, бенефициаров, консультантов, представителей, партнеров, контрагентов Страховщик не осуществляет страховую выплату по настоящему Договору, включая события наступившие до применения санкций и ограничений.
- 8.** Стороны согласны с тем, что при одностороннем расторжении Договора в соответствии с пунктом 5. настоящей статьи Правил 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 23. Порядок разрешения споров.

- 1.** Договор страхования заключается и исполняется сторонами в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.
- 2.** Страхователь, застрахованный либо выгодоприобретатель, вправе обратиться к Страховщику либо страховому омбудсмену или в суд для урегулирования вопросов, возникающих из настоящих Правил.
- 3.** Страховщик обязан при получении от Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) заявления рассмотреть требования Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) и предоставить письменный ответ с указанием дальнейшего порядка урегулирования спора.
- 4.** Споры, не урегулированные сторонами, передаются на рассмотрение в суды г. Алматы, в случае если стороной Договора является юридическое лицо, то спор рассматривается специализированным межрайонным экономическим судом г. Алматы, а в случае, если стороной Договора является физическое лицо, то спор рассматривается судом по месту нахождения Страховщика.

Приложение №1
к Правилам добровольного страхования на случай болезни

САҚТАНДЫРУ ПОЛИСИ/СТРАХОВОЙ ПОЛИС №

САҚТАНДЫРУ КЛАСЫ / КЛАСС СТРАХОВАНИЯ	АУРУДАН ЕРІКТІ САҚТАНДЫРУ/ ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ
МЕМЛЕКЕТТІК ЛИЦЕНЗИЯ / ГОСУДАРСТВЕННАЯ ЛИЦЕНЗИЯ	
САҚТАНДЫРУШЫ/ СТРАХОВЩИК	«Евразия» сақтандыру компаниясы» АҚ, Қазақстан Республикасы, 050004, Алматы қаласы, Желтоқсан көшесі, 59, тел.: 8 (727) 258 43 36, 8-800-080-00-99; факс: 8 (727) 258 43 38, Алматы қ., «Еуразиялық банк» АҚ-ның № 6 филиалындағы IBAN: KZ4094806KZT22030005, BIC/SWIFT: EURIKZKA STN 600900079784. БСН 950540000024/ АО «Страховая компания «Евразия», Республика Казахстан, 050004, г. Алматы, ул. Желтоқсан, 59. тел.: 8 (727) 258 43 36, 8-800-080-00-99; факс: 8 (727) 258 43 38, IBAN: KZ4094806KZT22030005 в филиале №6 АО «Евразийский банк» г. Алматы, BIC/SWIFT: EURIKZKA PNN 600900079784, БИН 950540000024
САҚТАНУШЫ (атауы/аты жөні, БСН/ЖСН, Экономикалық қызмет түрі/ экономика секторының коды (ЭСК), резиденттік белгісі (РБ), мекен-жайы, телефоны, банктік деректемелері)/ СТРАХОВАТЕЛЬ (наименование/ФИО, БИН/ИИН, Вид экономической деятельности/код сектора экономики (КСЭ), признак резидентства (ПР), адрес, телефон, банковские реквизиты)	
САҚТАНДЫРЫЛУШЫ (аты жөні, ЖСН, ЭСК, РБ, Төлқұжат/жеке куәлік № (кіммен және қашан берілген), мекен-жайы, телефоны)/ ЗАСТРАХОВАННЫЙ (ФИО, ИИН, КСЭ, ПР, №паспорта/ удостоверения личности (кем и когда выдан) адрес, телефон)	
ПАЙДА АЛУШЫ / ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ	ТОО "Medical Assistance Group", БИН: 050640009866, Банк: филиал №6 АО "Евразийский банк", IBAN: KZ1494806KZT22030085, БИК: EURIKZKA, Алматы, ул. Абдуллинх, д.: 6, тел.: 2599104, ПА: 1, ПР: 1 КСЭ: 7
САҚТАНДЫРУ ОБЪЕКТІСІ / ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	Сақтандырылушының аурудан сақтандыру бағдарламасына кіретін медициналық қызметтерді (осы полистің №1- қосымшасы) пайдалану үшін медициналық мекемелерге бару шығыстарының өтемақысына байланысты мүлкітік мүдделері. / Имущественные интересы застрахованного, связанные с компенсацией его расходов, вызванных обращением в медицинское учреждение за медицинскими услугами, включенными в Программу страхования на случай болезни (Приложение № 1 к настоящему Полису).
Сақтандыру объектісінің орналасқан орны / Местонахождения объекта страхования	
САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫ / СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	Сақтандырылушылардың Ассистанс жүйесінде (ал Алматы қаласы мен Астана қаласының аумағында Ассистанста сақтандырылғандар үшін) жедел ауру, созылмалы аурудың күшеюі, жаракат алу, улану және сақтандыру шартының қолданылу кезінде туындаған басқа да жазатайым оқиғалар болған жағдайда медициналық қызметтер алуының қажеттілігі негізді./ Обоснованная необходимость получения Застрахованным в системе Ассистанса (а для Застрахованных находящихся на территории г. Алматы и г.Астана в Ассистансе) медицинских услуг при условии наличия острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других несчастных случаев, возникших в период действия Договора страхования.
ҚТАНДЫРУ СОМАСЫ, ВАЛЮТА ТҮРІ / СТРАХОВАЯ СУММА, ВИД ВАЛЮТЫ	
САҚТАНДЫРУ СЫЙЛЫҚАҚЫСЫ, ВАЛЮТА ТҮРІ / СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ВИД ВАЛЮТЫ	
ФРАНШИЗА / ФРАНШИЗА	Қолданылмайды/Не применяется
ВАЛЮТА ТҮРІ, САҚТАНДЫРУ СЫЙЛЫҚАҚЫСЫН ТӨЛЕУ ТӘРТІБІ ЖӘНЕ МЕРЗІМДЕРІ / ВИД ВАЛЮТЫ, ПОРЯДОК И СРОКИ УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ	Валюта түрі – тенге/Вид валюты – тенге Бір жолғы төлеммен төленеді/Уплачивается единовременно Дата оплаты
САҚТАНДЫРУ ПОЛИСІНІҢ ҚОЛДАНЫЛУ АУМАҒЫ / ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА	
САҚТАНДЫРУ ПОЛИСІНІҢ ҚОЛДАНЫЛУ МЕРЗІМІ /СРОК ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ПОЛИСА	С «_» _____ 20_ж/г бастап по «_» _____ 20_ж/г. деін аралығында екі күнді қоса алғанда./обе даты включительно.
ХАБАРЛАНДЫРУ МЕРЗІМІ/ СРОКИ УВЕДОМЛЕНИЯ	Сақтандырушы сақтанушыны немесе сақтандырылушыны сақтандыру төлемін жүзеге асыруға қажетті жетіспейтін құжаттар туралы 15 күннің ішінде хабарландыру. / Страховщик обязан уведомить Страхователя в течение 15 дней с момента представления последнего документа о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты.
САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТӘРТІБІ ЖӘНЕ МЕРЗІМДЕРІ / ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	Сақтандырушы шешім қабылдау үшін барлық қажетті құжаттарды алғаннан кейін отыз жұмыс күні ішінде сақтандыру төлемі туралы шешім қабылдайды. / Страховщик, после получения всех необходимых документов для принятия решения, в течение тридцати рабочих дней принимает решение о страховой выплате
САҚТАНДЫРУ ШАРТЫНА ӨЗГЕРІСТЕР/ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛИСА	Сақтандыру шартына тараптар қалауы бойынша өзгерістер енгізуі мүмкін. Өзгерту жағдайында сақтандыру шарт тоқтатылып жаңа редакциясында жасалады. / В страховой полис вносятся изменения по соглашению сторон путем расторжения и заключения нового страхового полиса на условиях, оговоренных сторонами
ЕРЕКШЕ ТАЛАПТАР / ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ	

Комиссиялық сыйақы. Комиссионное вознаграждение – п/да, жоқ/нет.

Сақтандыру ережелерімен таныстым, өзім хабарлаған мәліметтердің шынайылығын растаймын, полисті және сақтандыру ережелерінің көшірмесін алдым./ С правилами страхования ознакомлен, достоверность сообщенных мною сведений подтверждаю, полис и копию правил страхования получил.

Сақтандырушы (немесе оның өкілі)/
Страховщик (или его представитель):
«Евразия» сақтандыру компаниясы» АҚ
АО «Страховая компания «Евразия»

(аты-жөні, қолы / Ф.И.О. подпись)

М.О./М.П.

Сақтанушы / Страхователь:

(аты-жөні, қолы / Ф.И.О. подпись)

М.О./М.П.

Если подписант агент
Агент (ФИО/Наименование)
Адрес (если агент юридическое лицо)
ИИН/БИН
Телефон

Берілген күні / Дата выдачи: «_» _____ 20_ж/г



ТАРАПТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫ ЖӘНЕ МІНДЕТТЕРІ	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
<p>1. Сақтанушының:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сақтандырушыдан сақтандыру ережесі талаптарының ұстануын талап етуге; 2) Сақтандырылушыға сақтандыру бағдарламасына тиісті медициналық қызметтерді көрсетілуін талап етуге; 3) ҚР заң актілері және сақтандыру ережелері тәртібі белгілеуі бойынша осы сақтандыру полисін мерзімінен бұрын бұзуға; 4) сақтандыру талаптарының түсіндірілуін талап етуге; 5) медициналық ақпараттарды құпияда сақтануына 6) Сақтандырушының сақтандыру төлемінен бас тартуына немесе сақтандыру төлемін жүзеге асыруды кідірту туралы шешіміне сот тәртібімен дау айтуға; 7) Қазақстан Республикасының заңнамасы бойынша басқа да құқықтарын жүзеге асыруға құқығы бар <p>2. Сақтандырушының:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сақтанушы берген ақпаратты, сондай-ақ сақтандыру ережесі талаптарының орындалуын тексеруге; 2) Сақтанушыдан сақтандыру жағдайының туындау фактісін куәландыратын және шығындар мөлшерін растайтын құжаттарды сұрауға; 3) қажет жағдайда сақтандыру жағдайының туындау жәйттерін растайтын ақпарат пен тиісті құжаттарды беру туралы құзыретті органдарға сұраныс жіберуге; 4) сақтандыру жағдайының себептері мен жәйттерін өз бетінше анықтауға; 5) шығын мөлшері мен себептеріне қатысты тексеру жүргізуге; 6) сақтандыру ережесі шарттары бұзылған жағдайда, сақтандыру төлеміне қатысты қабылдауға немесе мөлшерін азайтуға 7) Қазақстан Республикасының заңнамасы бойынша басқа да құқықтарын жүзеге асыруға құқығы бар. <p>3. Сақтанушы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сақтандыру жағдайының басталу ықтималдылығын және оның басталуынан мүмкін болатын залалдардың мөлшерін анықтау үшін маңызды мәні бар белгілі болған мән-жайлар туралы хабарлау. 2) дереу, Сақтандырушыға сақтандыру төлемінің ұлғаюы туралы, сонымен қатар Шартты жасау кезінде сақтандырушыға хабарланған мән-жайлардағы оған белгілі болған маңызды өзгерістер туралы хабарлау, егер бұл өзгерістер Шарттың әрекет ету кезінде сақтандыру төлемінің ұлғаюына әсер ететін болса. Шарт жасау кезінде Сақтандырушыға хабарланған мән-жайлардағы кез келген өзгерістер маңызды болып танылады; 3) сақтандыру сыйлықақысын осы сақтандыру полисінде белгіленген мөлшерде, тәртіппен және мерзімдерде төлеуге; 4) сақтандыру ережелері бойынша шарттарды бұзбауға; 5) сақтандыру жағдайы басталысымен барлық керекті жағдайларды анықтау үшін Сақтандырушыға бар ақпаратты беруге; 6) сақтандыру жағдайының орын алғаны туралы өзіне белгілі болған сәттен бастап 72 сағаттан кешіктірмей, дереу Сақтандырушыны және (немесе) Ассистанстың медициналық ұйымын туындау жәйттерін, келтірілген зиян сипатын және шығынның болжалды мөлшерін көрсете отырып, сақтандыру жағдайының орын алғаны туралы хабарландыруға міндетті. 7) егер Сақтанушыға (Сақтандырылушыға) хабарланса, Сақтандырушының сақтандыру жағдайының ықтимал шығындарын болдырмау немесе азайту бойынша нұсқауларын орындауға міндетті. 8) Қазақстан Республикасының заңнамасы және сақтандыру ережелері бойынша басқа да міндеттерді жүзеге асыруға міндетті. <p>4. Сақтандырушы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) осы сақтандыру полисін жасау кезінде Сақтанушыны сақтандыру ережесімен таныстыруға; 2) осы сақтандыру полисі күшіне енген сәттен бастап 5 жұмыс күні ішінде әрбір Сақтандырылушыға жеке пластикалық карточканырәсімдеуге және беруге; 3) сақтандыру жағдайы орын алған кезде, сақтандыру ережесінде белгіленген мерзімде сақтандыру төлемін жасауға; 4) сақтандыру жағдайы орын алған және Сақтандырушыны сақтандыру төлемінен немесе бір бөлігінен босататын жәйттер бар болған кезде, сақтандыру ережесінде белгіленген мерзімде сақтандыру төлемінен немесе бір бөлігінен дәлелді жазбаша бас тартуға; 5) сақтандыру құпиясын қамтамасыз етуге міндетті; 6) Қазақстан Республикасының заңнамасы және сақтандыру ережелері бойынша басқа да міндеттерді жүзеге асыруға міндетті; 7) Сақтанушыға жетіспейтін құжаттар жайында мәліметтерді 15 күннің ішінде беру; 8) Мына жағдайларда сақтандыру төлемінен бас тарту: <ul style="list-style-type: none"> - Сақтанушының/ сақтандырылушының/ пайда алушының және (немесе) бенефициарлық меншік иесінің Қазақстан Республикасы Қаржы мониторингі агенттігінің ресми сайтында жарияланған терроризм мен экстремизмді қаржыландыруға байланысты, сондай-ақ жаппай қырып-жою қаруын таратуды қаржыландыруға байланысты ұйымдар мен тұлғалардың тізбесінде (бұдан әрі мәтін бойынша-фром тізбесі) болуы; - Сақтанушы/ сақтандырылушы тиісті тексеру жүргізу үшін құжаттарды, сондай-ақ Сақтандырушының сұрауы бойынша қосымша ақпаратты ұсынбаған; - ақшамен және (немесе) өзге мүлікпен жасалатын операция АЖ және ТҚ мақсатында жасалады деп пайымдауға негіз болған кезде. <p>5. Тараптардың «Евразия» СК» АҚ-ның аурудан ерікті сақтандыру ережесінде көзделген басқа да құқықтары және міндеттері бар.</p> <p>6. Сақтанушы, осы Сақтандыру шартына қол қоя отырып, тәуекелдердің алдын алуға және сақтандыру жағдайының басталуына жол бермеуде сақтандыру мүддесінің бар екендігін</p>	<p>1. Страхователь имеет право:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) требовать от Страховщика соблюдение условий Правил страхования; 2) требовать предоставления Застрахованному медицинских услуг, в соответствии с Программой страхования; 3) досрочно расторгнуть настоящий страховой Полис в порядке установленном, законодательными актами РК и Правилами страхования; 4) требовать разъяснений условий страхования; 5) на сохранение в тайне медицинской информации 6) оспорить отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты или его решение об отсрочке в осуществлении страховой выплаты в судебном порядке. 7) осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан. <p>2. Страховщик имеет право:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) проверить предоставленную Страхователем информацию, а также выполнение условий Правил страхования; 2) запрашивать от Страхователя документы, удостоверяющие факт наступления страхового случая и подтверждающие размер ущерба; 3) при необходимости направлять запросы в компетентные органы о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих обстоятельства наступления страхового случая; 4) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая; 5) проводить расследования в отношении причин и размера убытка; 6) отказать в страховой выплате или уменьшить ее размер, в случае нарушения условий Правил страхования. 7) осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан. <p>3. Страхователь обязан:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сообщать об известных обстоятельствах, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления; 2) незамедлительно, сообщать Страховщику об увеличении страхового риска, а также о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска в период действия Договора. Значительными признаются любые изменения в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора; 3) уплачивать страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные настоящим страховым Полисом; 4) соблюдать условия, предусмотренные правилами страхования; 5) предоставлять страховщику всю имеющуюся информацию, необходимую для выяснения всех обстоятельств, связанных с наступлением страхового случая; 6) незамедлительно, но не позднее 72 часов с момента, когда ему об этом стало известно, уведомить Страховщика и (или) организацию медицинского Ассистанса о наступлении страхового случая с указанием обстоятельств его наступления, характера причинного ущерба и предполагаемого размера убытков; 7) исполнять указания Страховщика по предотвращению или уменьшению возможных убытков от страхового случая, если они сообщены Страхователю (Застрахованному). 8) осуществлять иные обязанности, предусмотренные законодательством Республики Казахстан и Правилами страхования. <p>4. Страховщик обязан:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) при заключении настоящего страхового Полиса ознакомить Страхователя с условиями Правил страхования; 2) оформить и выдать каждому Застрахованному индивидуальную пластиковую карточку в течение 5 рабочих дней с момента вступления настоящего страхового полиса в силу; 3) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в срок, установленный Правилами страхования; 4) при наступлении страхового случая и при наличии обстоятельств, освобождающих Страховщика от осуществления страховой выплаты или ее части обоснованно письменно отказать в страховой выплате или ее части в срок, установленный Правилами страхования; 5) обеспечить тайну страхования; 6) осуществлять иные обязанности, предусмотренные законодательством Республики Казахстан и Правилами страхования; 7) при наступлении страхового случая уведомить Страхователя о недостающих документах в срок не позднее 15 календарных дней с даты получения документов; 8) отказать в страховой выплате в случаях: <ul style="list-style-type: none"> - 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 включенных в Перечень ФРОМУ; - не предоставления Страхователем/ Застрахованным документов, а также дополнительной информации по запросу Страховщика для проведения надлежащей проверки; - когда есть основания полагать, что операция с деньгами и (или) иным имуществом совершается с целью ОД и ФТ. <p>5. Стороны имеют также другие права и несут другие обязанности, предусмотренные Правилами добровольного страхования на случай болезни АО «СК «Евразия».</p> <p>6. Страхователь, подписывая настоящий Договор страхования подтверждает, что имеет страховой интерес в предотвращении рисков и недопущении наступления страхового случая.</p>