

 сақтандыру компаниясы ВИКТОРИЯ страховая компания	Правила добровольного страхования на случай болезни	Редакция от 17.04.2024г. Редакция от 13.03.2025г.	Страница 1 из 22
--	---	--	------------------

УТВЕРЖДЕНО
Советом директоров АО «СК «Виктория»
Протокол № 07 от «13» марта 2025 г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ АО «СК «ВИКТОРИЯ»

г.Алматы, 2025 год

Оглавление

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	4
3. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ СУММ. ФРАНШИЗА.	5
4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ПРЕМИЙ.....	5
5. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.....	7
6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ	8
7. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	12
8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	13
9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	14
10. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....	16
11. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ.....	16
12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	17
13. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	19
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	20
15. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	21

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан, Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности» от 18 декабря 2000г. № 126-ІІ, другими нормативно-правовыми актами Республики Казахстан и регулируют правовые отношения, возникающие в области добровольного страхования, устанавливают правовые, экономические и организационные основы его проведения.

1.2. На условиях настоящих Правил АО «Страховая компания «Виктория» (далее по тексту – Страховщик), осуществляет добровольное страхование на случай болезни путем заключения Договора добровольного страхования на случай болезни (далее по тексту - Договор страхования) с юридическими (независимо от формы собственности) или дееспособными физическими лицами (независимо от гражданства) (далее по тексту - Страхователь).

1.3. Исходя из конкретных потребностей Страхователя, в Договоре страхования могут устанавливаться условия, отличные от условий настоящих Правил. При отличии условий Договора страхования от условий Правил, применяются условия Договора.

1.4. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) Страховщик - лицо, осуществляющее страхование, то есть обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен Договор (Выгодоприобретателю), в пределах определенной Договором суммы (страховой суммы). Страховщиком может быть только юридическое лицо, зарегистрированное в качестве страховой организации и имеющее лицензию на право осуществления страховой деятельности в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

2) Страхователь - лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком.

3) Застрахованный - лицо, в отношении которого осуществляется страхование;

4) Выгодоприобретатель - лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты.

Выгодоприобретателями признаются:

а) в случае организации и предоставление услуг ассистансом и/или медицинскими организациями – ассистанс;

б) в случае самостоятельной оплаты услуг Застрахованным, на условиях настоящих Правил и Договора страхования – Застрахованный;

5) страховая сумма - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая;

6) страховая премия - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату в размере, определенном Договором страхования;

7) страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное Правилами и Договором страхования, при наступлении которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключён Договор страхования;

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

9) члены семьи – супруг (супруга) Застрахованного, родители в возрасте до 65 лет и дети в возрасте от 1-го до 18 лет;

10) ассистанс – компания, предоставляющая помощь Страхователю (Застрахованному), Выгодоприобретателю) в виде денег и (или) в натурально-вещественной форме через техническое, медицинское содействие при наступлении страхового случая;

11) несчастный случай – внезапное, кратковременное событие (происшествие), наступившее в период действия страховой защиты вопреки воле человека в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на организм Застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть;

12) внезапное заболевание – внезапно возникшее в период действия страховой защиты патологическое состояние, угрожающее жизни Страхователя (Застрахованного) клинически проявляющееся поражением органов и систем, ранее не диагностированное у данного больного;

13) идентификационная карточка – идентификационный документ, выдаваемый Страховщиком Застрахованному, дающий ему право на получение медицинской помощи в медицинских учреждениях, указанных в Договоре страхования;

14) медицинское учреждение – организация здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи и медицинских услуг населению;

15) обслуживание на дому - доступ к сети медицинских врачей и медицинских сестер, обслуживающих на дому Застрахованных (осмотр, диагностика, назначения, инъекции);

16) медицинская сеть – сеть медицинских организаций (кабинетов, больниц, лабораторий, диагностических центров, аптек) и врачей, в т.ч. частнопрактикующих, медицинских координаторов, медицинского транспорта, указанная в Договоре страхования, в которой Застрахованный при возникновении страхового случая получает медицинские услуги;

17) медицинская транспортировка – перемещение Застрахованного в одно из ближайших медицинское учреждение медицинской сети транспортом, предназначенным для медицинских целей, организованное ассистансом или Страховщиком;

18) медицинская эвакуация – перемещение Застрахованного рейсовым транспортом (эконом-класса) до ближайшего международного порта страны проживания Застрахованного;

19) травма – повреждение тканей организма человека с нарушением их целостности и функций, вызванное внешним воздействием;

20) хроническое заболевание – любая болезнь, недомогание или состояние Страхователя (Застрахованного), предшествующее дате вступления в действие Договора страхования, которая:

а) впервые обнаружили, обострились или проявили симптомы, заставляющие благоразумного человека стремиться узнать диагноз, получить соответствующий уход или лечение;

б) лечились врачом;

в) врач рекомендовал лечить;

21) экстренные показания – внезапно возникшие состояния, угрожающие жизни Застрахованного и требующие немедленной и неотложной медицинской помощи:

а) болевые симптомы;

б) ожоги, травмы;

в) острые отравления;

г) шок;

д) острые кровотечения;

е) лихорадка (высокая температура тела);

ж) судороги, потеря сознания, удушье;

з) симптомы изменения артериального давления (гипертонические кризы, инсульты, коллапсы);

22) госпитализация – пребывание в стационаре в течение одних или более суток.

1.5. Обязанности Страхователя, указанные в настоящих Правилах и Договоре страхования, в равной мере распространяются на Застрахованных и Выгодоприобретателей. Невыполнение Застрахованным или Выгодоприобретателем этих обязанностей влечет за собой те же последствия, что и невыполнение их Страхователем.

1.6. Подпись Страхователя или его представителя в Договоре страхования (страховом полисе) является подтверждением его полного согласия с настоящими Правилами.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с дополнительными непредвиденными расходами (убытками), возникшими в результате заболевания и иного расстройства здоровья, в том числе расходов, связанных со смертью, наступившей в результате заболевания и (или) иного расстройства здоровья на территории страхования.

2.2. Предметом договора страхования является страхование имущественных интересов Страхователя (Застрахованного), связанных с непредвиденными расходами (убытками), возникшими в результате внезапных острых заболеваний или несчастного случая на территории страхования.

2.3. На страхование принимаются:

1) дееспособные граждане, заключающие Договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц;

2) юридические лица - организации и другие хозяйствующие субъекты любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие на территории Республики Казахстан, в соответствии с законодательством Республики Казахстан, заключающие Договоры страхования в пользу своих работников и третьих лиц.

2.4. Договор страхования не заключается в отношении:

1) детей до 1 года;

2) лиц старше 65 лет;

3) лиц с тяжелыми заболеваниями сердечнососудистой и бронхолегочной систем (бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, приобретенные и врожденные пороки сердца, сердечная недостаточность IIБ-III степени, тяжелые формы аритмии, постинфарктный кардиосклероз и кардиомиопатия);

4) лиц с циррозом печени и с заболеваниями хроническим вирусным гепатитом с высокой степенью активности.

2.5. На страхование не принимаются лица:

1) страдающие нервными или психическими расстройствами, состоящего на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере;

2) страдающие алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией;

3) состоящие на учете в туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

4) являющиеся инвалидами I, II групп, если иное не предусмотрено Договором страхования;

5) являющиеся ВИЧ-инфицированными;

6) имеющие злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические.

2.6. Договора страхования, заключенные в отношении лиц, указанных в п. 2.4, 2.5 настоящего раздела, является недействительным с момента их заключения, а уплаченные страховые премии подлежат возврату, если иное специально не оговорено Договором страхования.

3. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ СУММ. ФРАНШИЗА.

3.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению Сторон, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, выбранных Страхователем и оговоренных в Договоре страхования.

3.2. Договором страхования могут быть установлены:

1) совокупный предельный объем ответственности, в этом случае сумма всех страховых выплат по всем страховым случаям за весь период действия Договора страхования не может превысить этого объема;

2) предельный объем ответственности по одному или нескольким страховым случаям;

3) предельный объем ответственности по каждому страховому риску по одному или всем страховым случаям.

3.3. При заключении Договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе выбрать индивидуальный перечень оказываемых медицинских услуг из предложенных Страховщиком.

3.4. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком увеличить/уменьшить страховую сумму или расширить/сузить перечень предоставляемых медицинских услуг путем оформления дополнительного соглашения, с уплатой соответствующей части страховой премии.

3.5. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза, вид и размер которой определяется соглашением Сторон, и устанавливается либо в процентах от страховой суммы, либо в абсолютном размере.

3.6. Объем ответственности Страховщика в любом случае не может превышать размер страховой суммы.

4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ПРЕМИЙ

4.1. Размер страховой премии рассчитывается Страховщиком в зависимости от:

1) перечня оказываемых медицинских услуг;

2) количества Застрахованных;

- 3) срока страхования;
- 4) медицинского ассистанса;
- 5) статистики убытков за прошедший период;
- 6) территории страхования;
- 7) других факторов, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.
- 4.2. Размер страховой премии может быть изменен в связи с изменениями срока страхования и факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.
- 4.3. Изменение стоимости страхового покрытия производится по соглашению Сторон, которое оформляется письменным дополнительным соглашением.
- 4.4. В случае заключения/расторжения Договора страхования на срок менее 12 месяцев, страховая премия исчисляется в следующих размерах:

Количество дней страховой защиты	% от годовой страховой премии
1	5
2	6
3-4	7
5-6	8
7-8	9
9-10	10
11-12	11
13-14	12
15-16	13
17-18	14
19-20	15
21-22	16
23-25	17
26-29	18
30-32 (1 месяц)	19
33-36	20
37-40	21
41-43	22
44-47	23
48-51	24
52-54	25
55-58	26
59-62	27
63-65	28
66-69	29
70-73	30
74-76	31
77-80	32
81-83	33
84-87	34
88-91 (3 месяца)	35
92-94	36
95-98	37
99-102	38
103-105	39
106-109	40
110-113	41

Количество дней страховой защиты	% от годовой страховой премии
154-156	53
157-160	54
161-164	55
165-167	56
168-171	57
172-175	58
176-178	59
179-182 (6 месяцев)	60
183-187	61
188-191	62
192-196	63
197-200	64
201-205	65
206-209	66
210-214 (7 месяцев)	67
215-218	68
219-223	69
224-228	70
229-232	71
233-237	72
238-241	73
242-246 (8 месяцев)	74
247-250	75
251-255	76
256-260	77
261-264	78
265-269	79
270-273 (9 месяцев)	80
274-278	81
279-282	82
283-287	83
288-291	84
292-296	85
297-301	86
302-305 (10 месяцев)	87
306-310	88
311-314	89

114-116	42	315-319	90
117-120	43	320-323	91
121-124 (4 месяца)	44	324-328	92
125-127	45	329-332	93
128-131	46	333-337 (11 месяцев)	94
132-135	47	338-342	95
136-138	48	343-346	96
139-142	49	347-351	97
143-146	50	352-355	98
147-149	51	356-360	99
150-153 (5 месяцев)	52	361-365 (12 месяцев)	100

4.5. Страховая премия подлежит оплате Страхователем единовременно или в рассрочку в виде периодических страховых взносов, в наличной или безналичной форме.

4.6. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменении ее стоимости, размер страховой премии и страховой суммы в рамках страхового покрытия может быть изменен по соглашению Сторон.

5. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

5.1. В соответствии с условиями настоящих Правил страховым случаем признается обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования к врачам и/или в медицинские учреждения из списка Страховщика за получением консультативной, лечебной или иной медицинской помощи и/или приобретением медицинских препаратов, вызванных состоянием здоровья Застрахованного и получение им медицинских услуг, в соответствии с оговоренным страховым покрытием.

5.2. Так же, по соглашению сторон в договор страхования может включаться дополнительное покрытие на случай заболевания, вызванного коронавирусной инфекцией «COVID-19», приведшее к госпитализации Застрахованного по экстренным показаниям.

5.3. При этом страховым случаем в части коронавирусной инфекции, является впервые диагностированное в период действия договора и в рамках оговоренной территории страховой защиты заболевание «COVID-19», приведшее к госпитализации Застрахованного по экстренным показаниям.

5.4. При включении дополнительного страхового покрытия по риску COVID-19 доплата страховой премии и страховая сумма составят:

Территория покрытия	Страховая сумма	Страховая премия (в день)
1) для территории покрытия- Соединенные Штаты Америки и весь мир (USD)	10 000	5.0
2) для территорий покрытия - страны Шенген-зоны (EUR)	10 000	5.0

5.5. Страховыми рисками являются затраты на медицинские услуги по восстановлению здоровья, в т.ч. от несчастного случая, реабилитации и уходу, согласно оговоренному страховому покрытию.

5.6. К несчастным случаям относятся:

1) травмы (телесные повреждения) – ушиб, растяжение, ранение, перелом костей, разрыв органа или связки, вывих, за исключением привычного (вывиха, возникающего многократно, вследствие ничтожного физического усилия или при каком-либо определенном движении в суставе), ожог, обморожение, тепловой удар, переохлаждение организма, внезапное удушье в результате случайного попадания в дыхательные пути инородного тела или жидкостей, поражение электрическим током или молнией, сдавливание;

2) телесные повреждения, полученные в результате контакта с животными, насекомыми;

3) телесные повреждения, полученные в результате противоправных действий третьих лиц;

4) случайное острое отравление химическими веществами, недоброкачественными пищевыми продуктами, ядовитыми растениями, ядами насекомых и змей вследствие их укусов.

5.7. По Договору страхования могут быть оказаны следующие виды медицинской помощи:

- 1) амбулаторная помощь;
- 2) стационарная помощь;
- 3) неотложная медицинская помощь;
- 4) реанимационные мероприятия;
- 5) обслуживание на дому;
- 6) профилактические медицинские мероприятия;
- 7) медицинская реабилитация;
- 8) санаторно-курортное лечение.

5.8. Медицинская помощь может быть оказана по следующим показаниям:

- 1) экстренные показания – предоставление медицинских услуг при возникновении угрожающих для жизни состояний;
- 2) диагностические показания – комплекс мероприятий, необходимый для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клиническое обследование);
- 3) лечебные показания – комплекс мероприятий, необходимый для лечения Застрахованного с установленным диагнозом;
- 4) профилактические показания – комплекс мероприятий, необходимый для предотвращения возможных заболеваний, осложнений, рецидивов (вакцинации, профилактические осмотры, реабилитационные медицинские мероприятия).

5.9. Договором страхования могут быть установлены лимиты ответственности по:

- 1) медицинской транспортировке Застрахованного;
- 2) медицинской эвакуации Застрахованного. В каждом конкретном случае решение об эвакуации и выборе средства транспорта принимается врачом Страховщика и местным лечащим врачом.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

6.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик не несет ответственности по расходам Страхователя (Застрахованного), возникшим в связи или явившимися следствием:

- 1) оказания ему медицинской помощи вне территории страхования, указанной в Договоре страхования;
- 2) беременности, родовспоможения и послеродового ухода за ребенком;
- 3) прерывания беременности, за исключением вынужденного прерывания беременности в результате несчастного случая;
- 4) венерических заболеваний и заболеваний, передающихся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, СПИД, хламидиоз, герпетическая инфекция половых органов, цитомегаловирусная инфекция и т.д.);
- 5) хронические кожные заболевания (псориаз, экзема, опоясывающий лишай, микозы, алопеции). Цитомегаловирусная и герпетическая инфекция, грибковые заболевания;
- 6) простатита;
- 7) ятрогенных заболеваний, если они вызваны действием врача, не уполномоченного Страховщиком;
- 8) врожденных и наследственных заболеваний и пороков развития;
- 9) профессиональных заболеваний: хронических интоксикаций, вызванных воздействием химических факторов (меланодермия, литейная лихорадка, тифлозная лихорадка, пневмокониозы), заболеваний, вызываемых воздействием физических факторов (вибрацией, ультразвуком, электромагнитными излучениями, электросваркой, гипертермией, лазерными излучениями, декомпрессией) и др.;
- 10) инфекционных заболеваний, являющихся следствием нарушения, Застрахованным профилактических карантинных мероприятий после контакта с носителем;
- 11) опасных инфекционных заболеваний (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, геморрагические лихорадки, атипичная пневмония, птичий грипп и др.) признанных нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Казахстан карантинными или особо опасными;
- 12) доброкачественных и злокачественных гиперпластических процессов, в том числе гематологической природы, а также предраковых заболеваний (мастопатия, атрофический гастрит, лейкоплакия и другие);

- 13) туберкулеза, его осложнений и последствий;
- 14) эндокринных нарушений (болезнь Аддисона, синдром Кушинга, феохромоцитома, заболевания щитовидной железы и их последствия, болезнь Вильсона, сахарный диабет, таламический синдром и др.);
- 15) заболеваний, относящихся к системным заболеваниям включить в перечень (СКВ, системная склеродермия, болезнь Бехтерева, болезнь Шагрена, синдром Шарпа, полиоостеоартроз, спондилез, межпозвонковый остеохондроз; ревматоидный артрит; полиартрит, ревматизм, системные васкулиты, дерматомиозит, ДООА, болезнь Райтера и др.);
- 16) заболеваний периферических сосудов (болезнь Бюргера, синдром Вегенера, синдром Бехчета, синдром Гудспачера, болезнь Такаясу, узелковый периартериит, облитерирующий эндоартериит, атеросклероз, аневризма и др.); варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, варикозное расширение вен прямой кишки (геморрой);
- 17) острой и хронической лучевой болезни;
- 18) паразитарных заболеваний, если проявление заболевания не вызвало резкого ухудшения состояния здоровья Застрахованного, требующего немедленного медицинского вмешательства;
- 19) врожденных и приобретенных пороков и других заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, требующего хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма;
- 20) недостаточности кровообращения сосудов и органов дыхания (НК 2-3);
- 21) дыхательной недостаточности при хронических заболеваниях легких (ДН 2-3), бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма (гормонозависимое течение);
- 22) кардиомиопатии, идиопатического миокардита;
- 23) гематологических заболеваний;
- 24) стойких неврологических расстройств (гидроцефалия, ДЦП, эпилепсия, энурез, болезнь Альцгеймера, синдром Паркинсона, полиомиелит, последствия и осложнения перенесенного нарушения мозгового кровообращения и др.);
- 25) хронических заболеваний печени (цирроз, хронические гепатиты) и кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, дисбактериоз, целиакия, хронический энтерит и др.);
- 26) заболеваний костно-суставной системы и нарушения функции опорно-двигательного аппарата (остеопорозы, остеомиелиты, артрозы и др.);
- 27) нарушения осанки (сколиоз, кифоз, лордоз и т.д.);
- 28) любой трансплантации органов и тканей;
- 29) протезирования конечностей или их частей, а также эндопротезирования органов и суставов, глазного или стоматологического протезирования, а также использования материалов для остеосинтеза (пластины, винты и т.п.);
- 30) реконструктивных или пластических операций, в т.ч. операции по улучшению или восстановлению зрения (кератопластики; с применением лазера, манипуляции, связанные с аппаратно программных комплексов в офтальмологии и др.) и операций, проводимых с целью устранения недостатков внешности, в т.ч. операции по коррекции веса;
- 31) диагностики и лечения нетрадиционными методами (иглорефлексотерапия, су-джок, мануальная терапия, магнитотерапия, иридодиагностика, аурикулодиагностика, исследование по Фоллю, флоритинг, гирудотерапия и т.д.), а также диагностики и лечения заболеваний, обострений хронических заболеваний или травм, вызванных лечением нетрадиционными методами;
- 32) приобретения следующих препаратов:
 - а) контрацептивные препараты (кроме назначенных по лечебным показаниям, уполномоченным врачом);
 - б) поливитамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения);
 - в) биологически активные добавки;
 - г) гомеопатические препараты;
 - д) анорексантные средства (кроме назначенных по лечебным показаниям, уполномоченным врачом);
 - е) косметические средства;
 - ж) гормональные препараты (кроме назначенных по лечебным показаниям, уполномоченным врачом);
 - з) биологические стимуляторы (типа настойки женьшеня и др.);
- 33) самоубийства или попытки самоубийства либо умышленного членовредительства;

- 34) санаторно-курортного лечения, реабилитационных мероприятий и физиотерапии (ЛФК, общий массаж, водные процедуры и т.д.), если иное не предусмотрено Договором страхования;
 - 35) пребывания или лечения в учреждениях для длительного лечения (домах престарелых, наркологических клиниках и т.д.);
 - 36) аллергических заболеваний (за исключением лечения аллергической реакции, прямо угрожающей жизни Застрахованного);
 - 37) лечения солнечных ожогов и других изменений кожи, вызванных ультрафиолетовым излучением;
 - 38) самолечения, назначения и проведения лечения членом семьи Страхователя (Застрахованного);
 - 39) отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного жительства в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям;
 - 40) добровольного отказа Застрахованного от выполнения предписаний врача либо указаний ассистанса (без уважительной причины), полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;
 - 41) алкоголизма, наркомании, токсикомании; острого алкогольного, нарко- или иного токсикоманического опьянения или патологических состояний, возникших вследствие такого опьянения;
 - 42) оказания услуг медицинской организацией (учреждением) не имеющей соответствующей лицензии, не уполномоченной Страховщиком (ассистансом), либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;
 - 43) обращения Застрахованного за оказанием медицинской помощи, не связанной с острым заболеванием, обострением хронического заболевания, прямо угрожающего жизни Застрахованного или несчастным случаем, произошедшим в период и на территории действия Договора страхования; предоставления Застрахованному услуг (в т.ч. обследования, анализы, прием медикаментов), не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, или лечения, не назначенного врачом;
 - 44) любой болезни либо смерти, прямо или косвенно относящейся к ВИЧ (вирус иммунодефицита человека), включая СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) или любой мутантной производной или вариациями этого вируса, вызванными любыми способами;
 - 45) психоаналитического, психотерапевтического и психиатрического лечения, а также обращения к услугам психолога;
 - 46) диагностики и лечения бесплодия и импотенции, все методы контрацепции;
 - 47) оказания ему любых косметологических услуг;
 - 48) лечения зубов, если оно не является следствием несчастного случая или не связано с удалением острой боли;
 - 49) глазные болезни: миопия, астигматизм, катаракта, глаукома, спазм аккомодации, отдаленные последствия травмы глаза в виде отслойки сетчатки, услуги по массажу век и биостимуляции глазного яблока. Расходы, связанные с коррекцией зрения (близорукость, дальнозоркость, астигматизм, косоглазие и др.), в том числе свеянных с приобретением корректирующих материалов (линз и др.);
 - 50) хроническая почечная недостаточность и печеночная недостаточность (гемодиализа, гемосорбции, плазмофереза, гипербарической оксигенации (барокамера), если в этом не было экстренной необходимости; УФО крови, аутопереливания крови, очистки кишечника, тюбажей, кишечного, вагинального орошения;
 - 51) любых медицинских экспертиз (в т.ч. для суда) и медицинского обследования, проводимого с целью оформления справок для разрешения ношения оружия, водительских прав, посещения оздоровительных учреждений (бассейн, спортивный зал, лагерь и т.д.), поступления в учебные заведения, для выезда за границу, кроме медицинского общего или профессионального профилактического осмотра, если это предусмотрено Договором страхования;
 - 52) индивидуального поста у постели больного, медсестринского ухода за Застрахованным на дому;
 - 53) проведения профилактических вакцинаций, дезинфекции;
 - 54) приобретения и ремонта средств медицинской техники (очки, слуховые аппараты, протезы и т.п.);
 - 55) участия Застрахованного во всякого рода пари, конкурсах и т.п.;
 - 56) принятия Застрахованным лекарств или каких-либо медицинских процедур без назначения уполномоченного врача, или назначенных врачом до заключения Договора страхования.
- 6.2. Страховщик не покрывает:

1) терапевтические методы, используемые в периоде ремиссии респираторных аллергозов (специфическая гипосенсибилизация, гистаминотерапия и методы вегетотропной терапии);

2) использование фармакопрепаратов, амбулаторное и стационарное лечение, иммунограмму, физиотерапевтические процедуры в периоде клинко-лабораторной ремиссии аллергических заболеваний.

6.3. Также не покрываются расходы по оказанным Застрахованному медицинским услугам (медицинской (специальной) транспортировке, эвакуации) вследствие причинения вреда его жизни, здоровью в результате:

1) нахождения Застрахованного в состоянии токсикоманического, алкогольного или наркотического опьянения, лекарственной интоксикации, за исключением воздействия лекарств, предписанных лечащим врачом с соответствующей квалификацией;

2) передачи управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсикоманического опьянения, либо не имеющему соответствующих документов на право управления транспортным средством;

3) участия Застрахованного в спортивных соревнованиях, тренировках и испытаниях, если иное не предусмотрено Договором страхования;

4) прохождения Застрахованным соответствующего обучения в военных или правоохранительных органах или службы;

5) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, если иное не предусмотрено Договором страхования;

6) военных действий, террористических актов, диверсионной или террористической деятельности, гражданской войны, народных волнений, всякого рода массовых беспорядков или забастовок, если иное не предусмотрено Договором страхования;

7) занятия Застрахованным любыми видами спорта и (или) экстремальными развлечениями (например, парашютный, планерный, дельтапланерный спорт, катание на водных лыжах, катание на водном мотоцикле, подводное плавание с аквалангом (дайвинг), банджи-джампинг, катание на лыжах или доске и др.), если иное не предусмотрено Договором страхования;

8) действий Застрахованного, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящихся в причинной связи со страховым случаем.

6.4. Не возмещаются расходы Страхователя (Застрахованного) в случаях обращения к врачу и (или) медицинскую организацию, включая медицинскую транспортировку Застрахованного в одну из ближайших больниц, без предварительного согласования с ассистансом, в том числе:

1) если Застрахованный находился в бессознательном состоянии, что должно быть подтверждено документально. В этом случае страховая выплата может быть произведена Страхователю (Выгодоприобретателю) при предоставлении необходимых документов, если иное не оговорено Договором страхования;

2) медицинской транспортировки из одного лечебного учреждения в другое или медицинской эвакуации, не организованной ассистансом и произведенной без предварительного согласования со Страховщиком;

3) специальной транспортировки и (или) эвакуации, не организованной ассистансом и произведенной без предварительного согласования со Страховщиком;

4) связанных с предоставлением дополнительного комфорта (палаты типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, услуг парикмахера, массажиста, косметолога; доставка на дом медикаментов, справок; все виды медицинского обслуживания, кроме экстренного, в любое время суток, и т.д.), если иное не предусмотрено Договором страхования;

5) эвакуации при незначительных заболеваниях или травмах, которые поддаются лечению по месту пребывания Застрахованного.

6.5. Не покрываются страхованием:

1) расходы на ведение дела, связанные со страховым случаем и с его доказыванием в любых уполномоченных органах (государственные пошлины, расходы на ксерокопии, нотариальное заверение, оценка/ экспертиза, оплата услуг адвоката, представителя, переводчика и т.д.);

2) упущенная выгода;

- 3) моральный вред;
- 4) возмещение неустойки;
- 5) обращение в ассистанс и (или) медицинское учреждение, имевшее место до начала периода страхования, но обнаруженный после его начала.
- 6.6. В случае первичного выявления заболеваний (состояний), являющихся исключением из страховых случаев, оплачиваются осмотры специалистов, общий анализ крови и мочи, определение сахара крови, микрореакция (исключая другие лабораторно-инструментальные исследования), анализ на ВИЧ, предоставленные Застрахованному до момента постановки диагноза.
- 6.7. Если Договором страхования предусмотрено возмещение медицинских расходов, вызванных осложнением межпозвонкового остеохондроза Застрахованного, Страховщик покрывает:
- 1) консультации невропатолога;
 - 2) консультации физиотерапевта;
 - 3) рентгенологическое обследование, при необходимости компьютерную томографию, доплерографию или ядерно-магнитную резонансную томографию позвоночника;
 - 4) не более двух курсов физиолечения в год (курс – 1 вид физиолечения), если иное не предусмотрено Договором;
 - 5) медикаментозную терапию;
 - 6) стационарное лечение – по медицинским показаниям.
- 6.8. В случае обращения Застрахованного для лечения обострения аллергического заболевания, прямо угрожающего жизни Застрахованного, Страховщик покрывает:
- 1) из методов аллергодиагностики – только кожные скарификационные пробы для диагностики ранее не установленной аллергии;
 - 2) лечение в период обострения.
- 6.9. При подозрении на онкологический процесс покрываются исследования и консультации узких специалистов, необходимые для установления окончательного диагноза. После установления диагноза обследование и лечение этой группы заболеваний (злокачественные, доброкачественные, гиперпластические процессы) Страховщиком не покрываются. При возникновении случая экстренной госпитализации и/или проведения необходимых медицинских манипуляций по поводу осложнения ранее не диагностированного онкологического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного, Страховщик покрывает стационарное лечение, необходимые медицинские манипуляции, направленные на устранение угрожающего жизни состояния.
- 6.10. Договором страхования могут быть предусмотрены и иные исключения из страховых случаев, не противоречащие законодательным актам Республики Казахстан.
- 6.11. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Застрахованным) и (или) иным лицом, являющимся Выгодоприобретателем, в суде при условии урегулирования спора страховым омбудсманом в порядке и на условиях, предусмотренных законами Республики Казахстан.

7. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Договор страхования заключается на срок двенадцать месяцев. По договоренности Сторон Договор может быть заключен на срок менее двенадцати месяцев.
- 7.2. Страховая защита начинает действовать с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления страховой премии (либо ее первой части) на счет Страховщика или в кассу наличными деньгами, но не ранее даты подписания Договора.
- 7.3. Не являющийся Страхователем Застрахованный, указанный в Договоре страхования, может быть заменен другим с согласия самого Застрахованного (за исключением группового страхования) и Страховщика.
- 7.4. В период действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

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

7.6. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования. При этом Страховщик возвращает Страхователю соответствующую часть страховой премии за вычетом осуществленных страховых выплат, понесенных им расходов и части страховой премии, пропорциональной времени, в течение которого действовало страхование.

7.7. При невыполнении Страхователем предусмотренных обязанностей, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора, а если страховой случай наступил – полностью или частично отказать в страховой выплате. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

7.8. Территория страхования ограничивается территорией Республики Казахстан, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. По Договору страхования Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Выгодоприобретателю, в пределах страховой суммы (лимитов ответственности), путем оплаты медицинских услуг, оказанных Застрахованному в период действия Договора страхования.

8.2. Договоры страхования заключаются на основании письменного заявления Страхователя, заполненного по установленной Страховщиком форме и являющегося составной и неотъемлемой частью Договора страхования. При заполнении заявления Страхователь обязан предъявить Страховщику документы, подтверждающие его местожительства, возраст, место работы и т.п., сообщить обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления в отношении Застрахованного. Страхователь несет ответственность за достоверность представленных им данных.

8.3. Страховщик имеет право назначить обследование Застрахованного в медицинском учреждении для оценки фактического состояния его здоровья. В случае отказа Застрахованного от проведения медицинского обследования либо непредставления им документов, содержащих сведения о состоянии его здоровья, Страховщик вправе отказаться от заключения Договора страхования, а в случае, если Договор страхования уже был заключен – потребовать расторжения Договора страхования.

8.4. Медицинское обследование при заключении Договора производится за счет Страхователя, а после заключения Договора страхования – за счет Страховщика при условии уплаты Страхователем страховой премии. Медицинское обследование производится в сроки, определяемые Страховщиком.

8.5. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления Сторонами Договора страхования, или в электронной форме.

8.6. В период действия Договора страхования Страхователь вправе вносить изменения или дополнения в список Застрахованных (прием/увольнение сотрудников). В таком случае Страхователь в срок не менее чем за 5 (Пять) рабочих дней, но не позднее 45 (Сорока пяти) календарных дней до даты окончания срока действия Договора страхования письменно уведомить Страховщика о внесении таких изменений и дополнений. Измененные списки представляются Страховщику на электронном и бумажном носителе.

8.7. После получения измененных списков Застрахованных, Страховщик производит перерасчет страховой суммы и страховой премии:

1) *при увеличении количества Застрахованных*: в соответствии с выбранным страховым покрытием Страхователь обязан оплатить дополнительную страховую премию за вновь принятых работников. При этом страховая защита в отношении указанных Застрахованных начинает действовать с момента подписания дополнительного соглашения;

2) *при сокращении количества Застрахованных*: если в период страхования, Застрахованный не пользовался медицинскими услугами, Страховщик осуществляет возврат части страховой премии за не истекший период действия Договора, за вычетом понесенных расходов на ведение дела. В случаях, когда полученное значение возврата окажется отрицательным, возврат премии не производится. Если в период действия Договора Застрахованному оказывались медицинские услуги, возврат остатка страховой премии не производится.

8.8. Изменения и дополнения в список Застрахованных вступают в силу после подписания уполномоченными представителями Сторон дополнительного соглашения. Взаиморасчеты по дополнительному соглашению осуществляются Сторонами в течение 10 (Десяти) рабочих дней после подписания дополнительного соглашения.

8.9. Страхователь вправе осуществить замену Застрахованного сотрудника в рамках определенной программы без уплаты дополнительной страховой премии при условии, что данный сотрудник и члены его семьи не обращались за получением медицинских услуг.

8.10. При включении вновь принятого сотрудника в список Застрахованных страховая премия, страховая сумма и предельные объемы ответственности Страховщика по отдельным категориям медицинских услуг (таким, как покрытие медикаментов, амбулаторное лечение и стоматологическая помощь) устанавливаются в соответствии с таблицей, приведенной в п. 4.4. настоящих Правил. При этом за Застрахованных членов семьи нового сотрудника страховая премия оплачивается в полном объеме.

8.11. В случае если с даты исключения Застрахованного из списка до даты возврата медицинской пластиковой карточки, произошел страховой случай в отношении конкретного Застрахованного, и Страховщик произвел страховую выплату, такая выплата так же подлежит вычету из суммы возврата страховой премии.

8.12. Договором страхования может быть предусмотрена выдача Застрахованному идентификационной карточки.

8.13. В случае утери Договора страхования Страховщик обязан на основании письменного заявления Страхователя выдать ему дубликат. Расходы на изготовление бланка Договора страхования и оформление его дубликата, замену идентификационной карточки возмещаются Страхователем, при этом сумма возмещаемых расходов по Договору страхования не должна превышать 0,5 месячного расчетного показателя, установленного в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан, на дату подачи заявления. Стоимость изготовления идентификационной карточки Страхователь возмещает в размере ее фактической стоимости.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. При наступлении страхового случая Страховщик возмещает расходы в соответствии с выбранным страховым покрытием (в пределах установленных лимитов ответственности):

1) *при стационарном лечении (госпитализации)*:

- а) услуги врача;
- б) медикаменты;
- в) диагностические исследования, процедуры;
- г) услуги среднего и младшего медицинского персонала;
- д) пользование койко-местом, пребывание и процедуры в операционном, реанимационном отделении и отделении интенсивной терапии, питание;
- е) реабилитационные процедуры (в т.ч физиолечение) – если это предусмотрено Договором страхования;

2) *при амбулаторном лечении*:

- а) услуги врача;
- б) услуги среднего и младшего медицинского персонала;
- в) медикаменты;
- г) неотложную стоматологическую помощь вследствие несчастного случая, острой зубной боли;
- д) плановую стоматологическую помощь - если это предусмотрено Договором страхования;
- е) лабораторно-инструментальные исследования - если это предусмотрено Договором страхования;

ж) физиопроцедуры (в т.ч. массаж) - если это предусмотрено Договором страхования;

3) *при обслуживании на дому:*

а) услуги врача;

б) услуги среднего и младшего медицинского персонала;

в) доставка медикаментов - если это предусмотрено Договором страхования;

г) диагностические исследования;

д) лечебные манипуляции;

е) при профилактических осмотрах:

ж) осмотр врача и среднего медицинского персонала;

з) лабораторно-инструментальные исследования;

4) *при вакцинации:*

а) осмотр врача;

б) медицинские манипуляции;

в) осмотр врача (медсестры) в период карантина;

5) *при санаторно-курортном лечении – за пребывание и лечение в медицинских учреждениях санаторно-курортного типа, предусмотренных Договором страхования, по направлению уполномоченного врача;*

б) *при медицинской транспортировке по показаниям - за доставку Застрахованного в одну из ближайших медицинских организаций, расположенных на территории страхования;*

7) *при медицинской эвакуации – за доставку Застрахованного рейсовым транспортом до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства. В каждом конкретном случае решение об эвакуации и выборе средства транспорта принимается Страховщиком (ассистансом) и местным лечащим врачом. Без указанного согласования Страховщик не возмещает расходы по эвакуации Застрахованного.*

9.2. Страховая выплата осуществляется Страховщиком непосредственно в ассистанс или медицинскую организацию, оказавшую услуги Застрахованному, по предоставленным актам выполненных работ и счетам, за исключением п.9.4.

9.3. При наступлении страхового случая Страховщик несет ответственность в размере прямого действительного вреда, но не свыше страховой суммы (лимитов ответственности), установленной Договором страхования. В случае осуществления страховой выплаты Страховщик продолжает нести ответственность до конца срока действия Договора страхования в пределах разницы между страховой суммой (лимитом ответственности), обусловленной Договором страхования, и суммой выплат по нему, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.4. Договором страхования может быть предусмотрена самостоятельная уплата Страхователем (Застрахованным) расходов, связанных со страховым случаем. При этом Страховщик осуществляет страховую выплату Страхователю (Застрахованному) на основании представленных им всех необходимых для решения вопроса о страховой выплате документов.

9.5. **Предельный срок рассмотрения документов и осуществления страховой выплаты по договорам добровольного страхования физических лиц, после представления всех необходимых документов в Компанию составляет не более 15 (пятнадцати) рабочих дней.**

9.6. **В случае, если решение об осуществлении страховой выплаты не может быть принято в установленные сроки, требуется дополнительная информация либо сведения к представленным документам, организация уведомляет страхователя (застрахованного, выгодоприобретателя) с объяснением причин необходимости продления сроков осуществления страховой выплаты.**

9.7. **При этом Компания обеспечивает осуществление страховой выплаты в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней с даты предельного срока рассмотрения документов на осуществление страховой выплаты, по договорам добровольного страхования физических лиц.**

9.8. В случае принятия решения об отказе в осуществлении страховой выплаты Страховщик сообщает об этом Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней с момента предоставления Страхователем (Застрахованным) всех необходимых документов, если иное напрямую не оговорено в Договоре страхования и уведомляет Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя о и праве обратиться к

страховому омбудсману для урегулирования разногласий с учетом особенностей законодательства Республики Казахстан.

9.9. Страховщик имеет право отсрочить страховую выплату в случае:

- 1) если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай – до тех пор, пока Страховщиком не будет получено подтверждение подлинности представленных документов;
- 2) если компетентными органами возбуждено уголовное дело против Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя и ведется расследование обстоятельств, приведших к наступлению страхового случая – до окончания расследования.

10. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

10.1. При наступлении страхового случая Страхователь (Застрахованный) обязан:

- 1) незамедлительно, но не позднее 24 часов, как ему стало известно о наступлении страхового случая, уведомить об этом ассистанс или Страховщика любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения, назвать свое полное имя, номер и срок действия Договора страхования, контактные телефоны, сообщить общие сведения о страховом случае. Если Страхователь (Застрахованный) по уважительным причинам не имел возможности выполнить указанные действия, он должен подтвердить это документально;
- 2) обратиться в медицинскую организацию по согласованию со Страховщиком, предъявив Договор страхования и/или идентификационную карточку (при ее наличии), а также данные, удостоверяющие личность, сверенные с государственной базой данных/ЕСБД или сверенные с оригиналом документа;
- 3) выполнять назначения врача, а при госпитализации – не нарушать режим стационара;
- 4) предоставить представителю Страховщика или ассистанса возможность осмотра Застрахованного для освидетельствования его состояния;
- 5) не препятствовать представителю Страховщика или ассистанса в получении документации (дать разрешение врачам на предоставление информации) от лечащего врача о ходе лечения, а также, в случае необходимости, о состоянии здоровья до заключения Договора страхования;
- 6) при транспортировке (по медицинским показаниям) – не изменять предоставленное средство транспортировки;
- 7) принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры для уменьшения убытков;
- 8) незамедлительно известить Страховщика о получении суммы ущерба с виновной стороны.

10.2. Договором страхования могут быть предусмотрены и другие обязанности Страхователя (Застрахованного), не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

11. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ

11.1. Заявление на осуществление страховой выплаты должно быть представлено Страховщику в письменной форме Страхователем (Застрахованным) в течение трех рабочих дней с момента как это стало возможным, если иное не предусмотрено Договором.

11.2. В качестве подтверждения наступления страхового случая Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику:

- 1) заявление о страховом случае;
- 2) документ, подтверждающий право Застрахованного на оказание ему медицинских услуг;
- 3) оригинал справки-счета из медицинского учреждения (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения, перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, итоговой суммы к оплате;
- 4) оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампами аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента;
- 5) направление врача на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории с разбивкой по датам, наименованию и стоимости оказанных услуг;

- 6) документы, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги;
 - 7) нотариально заверенные переводы текстовых документов, касающихся страхового случая, если это необходимо для решения вопроса о страховой выплате;
 - 8) выписку из истории болезни и (или) медицинское заключение лечащего врача;
 - 9) данные, удостоверяющие личность, сверенные с государственной базой данных/ЕСБД или сверенные с оригиналом документа;
 - 10) при необходимости – другие документы, имеющие отношение к страховому случаю.
- 11.3. Страховщик, принявший документы, обязан выдать заявителю справку с указанием полного перечня представленных документов и даты их принятия.
- 11.4. В случае непредставления Страхователем документов, предусмотренных настоящими Правилами, Страховщик незамедлительно, но не позднее пяти рабочих дней, письменно обязан уведомить его о недостающих документах.
- 11.5. Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов или затребовать дополнительные документы, изложенные в Договоре и Правилах страхования (утвержденных уполномоченным органом Страховщика и действующие на дату заключения Договора/оформления полиса, и опубликованных на сайте vic.kz), если с учетом конкретных обстоятельств их отсутствие делает невозможным установление факта наступления страхового случая и определение размера убытка

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Страхователь имеет право:

- 1) требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору;
- 2) на внесение изменений в Договор страхования по соглашению со Страховщиком;
- 3) на замену Застрахованного по соглашению со Страховщиком, если это оговорено Договором страхования;
- 4) получить дубликат Договора страхования при его утере;
- 5) обжаловать отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты в судебном порядке;
- 6) на расторжение Договора страхования в порядке и на условиях, установленных Правилами страхования;
- 7) при возникновении страховых случаев делегировать представителю Страховщика право по представлению интересов своих в соответствующих органах и организациях.

12.2. Страхователь обязан:

- 1) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска;
- 2) уплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
- 3) сообщать Страховщику о других заключенных или заключаемых Договорах страхования, действующих в отношении этого же объекта страхования в период действия Договора;
- 4) представлять Страховщику все сведения о Застрахованных по требованию Страховщика;
- 5) незамедлительно, но в любом случае не позднее 3 (трех) рабочих дней сообщать Страховщику обо всех существенных изменениях в период действия Договора страхования, связанных с увеличением степени риска;
- 6) незамедлительно, но в любом случае не позднее 24 часов сообщить Страховщику о наступлении страхового случая;
- 7) при необходимости обеспечить переход к Страховщику права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
- 8) предпринимать все возможные и целесообразные меры для предотвращения страховых случаев, а также соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, обеспечивать сохранность документации, инвентаря и т.п.

12.3. Страховщик имеет право:

- 1) отказать в заключении Договора страхования;
- 2) на получение своевременной страховой премии в соответствии с условиями Договора страхования;

- 3) на получение от Страхователя сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного ущерба от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику (существенные сведения устанавливаются в заявлении);
- 4) на оценку страхового риска, включая осмотр Застрахованного;
- 5) проверять сообщенную Страхователем информацию, соответствие ее описанию, а также требовать от Страхователя (Застрахованного) выполнения требований и условий Договора страхования;
- 6) на своевременное уведомление о наступлении страхового случая;
- 7) на документальное подтверждение наступления страхового случая;
- 8) на досрочное расторжение Договора страхования в случае неисполнения Страхователем своих обязанностей, в случаях, предусмотренных Договором страхования;
- 9) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;
- 10) при необходимости направлять запрос в компетентные органы о представлении соответствующих документов и информации, подтверждающих факт и причину наступления страхового случая;
- 11) на предъявление регрессного требования к лицу, виновному в наступлении страхового случая;
- 12) потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска в случае, если Страховщику стало известно об обстоятельствах, увеличивающих страховой риск. В случае возражения Страхователя против этого, Договор страхования может быть расторгнут с удержанием расходов Страховщика;
- 13) если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку), внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму неуплаченного страхового взноса;
- 14) приостановить осуществление страховой выплаты на срок до 30 (тридцати) календарных дней при установлении (выявлении) признаков недобросовестного поведения Страхователя согласно Закону Республики Казахстан «О страховой деятельности» с направлением уведомления о приостановлении страховой выплаты Страхователю (Выгодоприобретателю), с указанием о проведении соответствующей проверки не позднее дня, следующего за днем приостановления;
- 15) отказать в осуществлении страховой выплаты по основаниям, предусмотренным Договором.

12.4. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить Страхователя с Правилами страхования, разъяснить Страхователю условия страхования, его права и обязанности по Договору страхования;
- 2) в случае положительного решения о принятии рисков на страхование, оформить со Страхователем Договор страхования;
- 3) принять решение об осуществлении страховой выплаты или об отказе в осуществлении страховой выплаты и утвердить соответствующие документы;
- 4) при принятии решения об осуществлении страховой выплаты произвести страховую выплату Выгодоприобретателю в размере, порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования;
- 5) в необходимых случаях пригласить специалистов (экспертов) для определения причин, объема убытков и стоимости медицинских услуг при составлении соответствующих документов;
- 6) при принятии решения об отказе в осуществлении страховой выплаты сообщать об этом Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа;
- 7) возместить Страхователю (Застрахованному) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
- 8) при использовании собственного Интернет-ресурса и (или) Интернет-ресурсов других организаций в соответствии с пунктом 1 и частью второй пункта 2 статьи 15-2 Закона «О страховой деятельности» обеспечить защиту персональных данных при осуществлении сбора и обработки персональных данных в соответствии с законодательством Республики Казахстан о персональных данных и их защите;
- 9) обеспечить тайну страхования.

12.5. Выгодоприобретатель вправе:

- 1) требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору страхования;

- 2) при заключении и в период действия Договора информировать Страховщика обо всех действующих/заключаемых Договорах страхования по аналогичным рискам в отношении данного Страхователя;
 - 3) предъявить Страховщику требование о страховой выплате;
 - 4) получить страховую выплату в порядке и на условиях, предусмотренных Договором страхования;
 - 5) оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
 - 6) совершать иные действия, не противоречащие Договору и законодательству Республики Казахстан.
- 12.6. Договором страхования могут быть предусмотрены и другие права и обязанности Страховщика, Страхователя, Выгодоприобретателя, не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан.

13. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

13.1. Договор страхования прекращается:

- 1) в связи с окончанием срока действия Договора;
- 2) при осуществлении страховой выплаты в размере страховой суммы;
- 3) при несогласии страхователя на изменение условий Договора и/или оплату дополнительной страховой премии в случае увеличения степени страхового риска.
- 4) в случае просрочки оплаты страховой премии или очередного страхового взноса.

13.2. Помимо общих оснований прекращения обязательств, предусмотренных Гражданским Кодексом Республики Казахстан, Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

- 1) когда перестал существовать объект страхования;
- 2) отчуждения страхователем объекта страхования, если страховщик возражает против замены страхователя, а Договором страхования не предусмотрено иное;
- 3) когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- 4) вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации страховщика;
- 5) вступления в силу решения уполномоченного органа о выдаче разрешения на добровольную ликвидацию страховщика.

13.3. Договор считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для прекращения Договора, о чем заинтересованная Сторона должна незамедлительно уведомить другую.

13.4. Если Договором страхования не предусмотрено иное, при досрочном прекращении Договора страхования по требованию страховщика, обусловленном невыполнением страхователем, Застрахованным условий Договора страхования, уплаченная страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежит.

13.5. Если Договором не предусмотрено иное, при досрочном прекращении Договора страхования страховщик имеет право на:

- 1) компенсацию своих расходов, включая расходы на ведение дела, в размере 25% от суммы страховой премии;
- 2) часть страховой премии пропорционально времени действия страховой защиты.

13.6. При отказе страхователя от договора, если это не связано с обстоятельствами, указанными в пункте 13.2., уплаченные страховщику страховые премии либо страховые взносы не подлежат возврату.

13.7. При отказе страхователя-физического лица от договора страхования, в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней с даты его заключения Страховщик обязан вернуть страхователю-физическому лицу полученную (полученные) страховую премию (страховые взносы) за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением договора страхования, не превышающих 10 (Десяти) процентов от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).

13.8. При отказе страхователя-физического лица от договора страхования, связанного с договором займа, по причине исполнения им (заемщиком) обязательств перед займодателем по договору займа,

страховщик обязан возвратить страхователю-физическому лицу полученную (полученные) страховую премию (страховые взносы) за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением договора страхования, не превышающих 10 (Десяти) процентов от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).

13.9. Если Договор страхования досрочно прекращается по соглашению Сторон, то страхователь имеет право на возврат части страховой премии, с учетом положения п.13.5. настоящих Правил, в следующих размерах:

Срок, прошедший с момента вступления в силу Договора до момента его досрочного прекращения	Размер страховой премии, удерживаемой страховщиком (в % от годовой страховой премии)
до 15 дней включительно	15,0
от 16 дней до 1 месяцев включительно	20,0
от 1 до 2 месяцев включительно	30,0
от 2 до 3 месяцев включительно	40,0
от 3 до 4 месяцев включительно	50,0
от 4 до 5 месяцев включительно	60,0
от 5 до 6 месяцев включительно	70,0
от 6 до 7 месяцев включительно	75,0
от 7 до 8 месяцев включительно	80,0
от 8 до 9 месяцев включительно	85,0
от 9 до 10 месяцев включительно	90,0
от 10 до 11 месяцев включительно	95,0
свыше 11 месяцев	100,0

13.10. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, с обязательным уведомлением страховщика за 30 (Тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения, с указанием причин такого решения, если иное не предусмотрено законами Республики Казахстан и договором страхования.

13.11. В случае, если Договор страхования досрочно прекращается с последующим заключением Договора на новый срок страховщик вправе произвести перерасчет размера страховой премии, с учетом произведенных им расходов, и зачесть остаток премии по прежнему Договору в счет премии по новому Договору страхования. При этом страхователь оплачивает страховую премию за вычетом остатка суммы по прежнему Договору.

13.12. Договором страхования могут быть предусмотрены иные основания и условия расторжения Договора страхования, не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан.

13.13. Во всех случаях досрочного прекращения Договора страхования страхователь обязан вернуть страховщику Договор страхования (полис), действие которого прекращается с момента поступления письменного заявления страхователя о досрочном прекращении действия Договора страхования и/или принятия решения страховщиком о досрочном прекращении действия Договора страхования при несоблюдении страхователем (застрахованным) своих обязанностей, предусмотренных законодательством и настоящими Правилами.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. К правоотношениям, прямо не урегулированным настоящими Правилами, применяются нормы действующего законодательства Республики Казахстан.

14.2. Все споры и разногласия, возникающие в процессе реализации Договора страхования, Стороны разрешают путем переговоров. Если переговоры не принесли результатов, споры разрешаются в

соответствии с договорной подсудностью по месту нахождения Страховщика в установленном действующим законодательством Республики Казахстан порядке.

15. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

15.1. Изменение условий Договора страхования либо дополнения к Договору производятся по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика. Договором страхования может быть предусмотрена необходимость обязательного получения согласия Выгодоприобретателя на внесение таких изменений. Все изменения и дополнения в Договор оформляются дополнительным соглашением в письменной форме. Договор с внесенными изменениями и/или дополнениями вступает в силу с момента подписания дополнительного соглашения обеими сторонами, если иное не оговорено в соглашении.

15.2. В случае расхождения редакции Договора страхования Страховщика с редакцией договора Страхователя, по соглашению Сторон, Страховщик вправе принять редакцию Договора страхования Страхователя.

15.3. Изменения и дополнения в настоящие Правила вносятся в письменном виде с обязательным утверждением изменений и дополнений Советом директоров Страховщика, если иное не установлено законодательством Республики Казахстан.

15.4. Оплатой премии Страхователь подтверждает:

1) Свое согласие и ознакомление с Правилам страхования, разработанные и утвержденные уполномоченным органом Страховщика и действующие на дату заключения договора страхования/оформления страхового полиса в электронном виде, и опубликованные на сайте vis.kz.

2) Что осуществляемая им операция не связана с легализацией (отмыванием) доходов, полученных преступным путем и финансированием террористической деятельности, распространения оружия массового поражения и его финансирования.

3) Свое согласие, а также согласие Застрахованного (Выгодоприобретателя) на сбор, обработку, хранение и передачи Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Страхователя, Застрахованного (Выгодоприобретателя) согласно Закону Республики Казахстан №94-V «О персональных данных и их защите», включая согласие:

а) на получение Страховщиком данных с Акционерного общества «Государственное кредитное бюро» (далее – Бюро);

б) на предоставление владельцами государственных баз данных Бюро информации о Страхователе (Застрахованном, Выгодоприобретателе) напрямую или через третьих лиц;

в) на предоставление юридическим лицом, осуществляющим по решению Правительства Республики Казахстан деятельность по оказанию государственных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан, имеющей и поступающей в будущем информации о Страхователе, Застрахованном (Выгодоприобретателе) Бюро и Страховщику посредством Бюро;

г) на трансграничную передачу персональных данных и на передачу персональных данных третьим лицам;

д) на раскрытие Страховщиком тайны страхования, в соответствии с п. 4 ст. 830 Гражданского кодекса Республики Казахстан, для реализации целей деятельности Страховщика в целом.

15.5. Срок хранения персональных данных определяется Страховщиком до минования надобности в дальнейшем хранении персональных данных. Использование персональных данных осуществляется в целях исполнения Страховщиком либо третьим лицом условий Договора/Полиса и/или законодательства Республики Казахстан, а также для реализации целей деятельности Страховщика в целом.

15.6. Страхователь обязан истребовать у Застрахованного (Выгодоприобретателя) письменное согласие на сбор и обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Застрахованного (Выгодоприобретателя), включая согласие, перечисленное в пп. а)-д) п. 15.4.

15.7. Страхователь несет ответственность за отсутствие согласия Застрахованного (Выгодоприобретателя) на сбор и обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Застрахованного (Выгодоприобретателя), включая согласие, перечисленное в пп. а)-д) п. 15.4.

15.8. В случае необходимости Страхователь обязуется предоставить все необходимые документы, запрашиваемые Страховщиком в целях соблюдения требования законодательства РК по

	Правила добровольного страхования на случай болезни	Редакция от 17.04.2024г. Редакция от 13.03.2025г.	Страница 22 из 22
---	---	--	-------------------

противодействию легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем и финансированию терроризма.

Сноска. В Правила внесены изменения и дополнения (пункты 9.5-9.7) в связи с изменениями и дополнениями в Постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 27 августа 2018 года № 198 «Об утверждении Правил формирования системы управления рисками и внутреннего контроля для страховых (перестраховочных) организаций, филиалов страховых (перестраховочных) организаций-нерезидентов Республики Казахстан» (вводятся в действие с 1 апреля 2025 года) в соответствии с Постановлением Правления Агентства Республики Казахстан по регулированию и развитию финансового рынка от 27 декабря 2024 года № 88 О внесении изменений и дополнения в некоторые нормативные правовые акты Республики Казахстан по вопросам регулирования страхового рынка.

Также в Правилах изменен подпункт 1) пункта 13.5.