

Рег. № 01/154  
от «04» октябрь 2018 г.

УТВЕРЖДЕНЫ  
решением Совета Директоров  
АО «Страховая компания «Цесна Гарант»  
протокол № 04.10.18-01  
от «04» октябрь 2018 года



**ПРАВИЛА**

**ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ**

Изменения и дополнения, внесенные решением Совета директоров (дата, номер):

	Внесены изменения, дополнения	Дата	№	Рег. №
1		от «__» _____ 20__ г.	№ _____	Рег. № _____
2.		от «__» _____ 20__ г.	№ _____	Рег. № _____
3.		от «__» _____ 20__ г.	№ _____	Рег. № _____
4.		от «__» _____ 20__ г.	№ _____	Рег. № _____
5.		от «__» _____ 20__ г.	№ _____	Рег. № _____

Признаны утратившими силу решением Совета директоров, № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

## ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ

- Глава 1. Общие положения и понятия
- Глава 2. Объект страхования
- Глава 3. Перечень страховых случаев
- Глава 4. Медицинские показания
- Глава 5. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования
- Глава 6. Порядок заключения договора страхования
- Глава 7. Порядок определения страховой суммы
- Глава 8. Страховая премия. Франшиза
- Глава 9. Срок и место действия договора страхования
- Глава 10. Права и обязанности сторон
- Глава 11. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования
- Глава 12. Замена/увеличение/исключение застрахованных
- Глава 13. Действия страхователя (застрахованного) при наступлении страхового случая
- Глава 14. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков
- Глава 15. Порядок и условия осуществления страховых выплат
- Глава 16. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате
- Глава 17. Порядок внесения изменений и дополнений в условия договора страхования
- Глава 18. Условия прекращения договора страхования
- Глава 19. Особые условия
- Глава 20. Порядок разрешения споров

### Глава 1. Общие положения и понятия

1. Настоящие Правила регламентируют условия, на которых Акционерное общество «Дочерняя организация Акционерного общества «Цеснабанк» Страховая компания «Цесна Гарант» (далее - Страховщик), заключает договоры добровольного страхования на случай болезни (далее - Договор страхования) с юридическими (независимо от форм собственности) и дееспособными физическими лицами (далее - Страхователь).
2. Настоящие Правила разработаны в рамках класса страхования на случай болезни.
3. В настоящих Правилах употребляются следующие понятия:
  - 1) **Страхователь** – дееспособное физическое лицо независимо от гражданства или юридическое лицо независимо от резидентства, заключившее со Страховщиком Договор страхования;
  - 2) **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого Страхователь заключает Договор страхования;
  - 3) **Выгодоприобретатель** - лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты. Выгодоприобретателем по Договору страхования может быть Ассистанс, медицинская организация, Застрахованный, Страхователь;
  - 4) **Страховая премия** – сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательства произвести страховую выплату в соответствии с Договором страхования (плата за страхование);
  - 5) **Страховая сумма** – сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая;

- 6) **Страховая выплата** – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая для возмещения убытков, причиненных страховым случаем;
- 7) **Франшиза** – предусмотренное условиями страхования освобождение Страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера. Франшиза бывает условная (невывчитаемая) и безусловная (вычитаемая). При условной франшизе Страховщик освобождается от возмещения ущерба, не превышающего установленного размера франшизы, но должен возместить ущерб полностью, если его размер больше этой суммы. При безусловной франшизе ущерб во всех случаях возмещается за вычетом установленной суммы. Франшиза устанавливается либо в процентах к страховой сумме, либо в абсолютном размере;
- 8) **Страховой случай** – событие, обладающее признаками вероятности и случайности, с наступлением, которого Договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты;
- 9) **Страховая карточка/Карточка** – идентификационный документ, выдаваемый Страховщиком каждому Застрахованному, подтверждающий право его владельца на получение медицинских услуг, предоставляемых участниками медицинской сети согласно Договора страхования. Страховые карточки на Застрахованных предоставляются Страховщиком после заключения Договора страхования;
- 10) **Медицинская сервисная компания/Ассистанс/Представитель страховщика** – юридическое лицо, которое на основании Договора о сотрудничестве со Страховщиком, осуществляет услуги круглосуточной информационной поддержки Застрахованного по Программе страхования, медицинским учреждениям по организации, оказанию медицинских услуг, согласно условиям Договора страхования и имеет лицензию на право осуществления соответствующей деятельности;
- 11) **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;
- 12) **Заболевание** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями;
- 13) **Внезапное заболевание** - острое и неожиданное расстройство здоровья застрахованного лица, характеризующееся возникновением различных форм нарушений функций организма, возникшее в период действия страховой защиты, требующее срочного медицинского вмешательства с целью предотвращения дальнейшего ущерба здоровью или угрозы жизни Застрахованного;
- 14) **Экстренная медицинская помощь** – это комплекс медицинских мероприятий, направленных на устранение состояний, представляющих угрозу для жизни Застрахованного, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства;
- 15) **Диагностические показания** – комплекс мероприятий, определяемый по назначению семейного врача, необходимый для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клиническое обследование). Диагностические мероприятия проводятся при угрожающих состояниях, при впервые появившихся болевых симптомах, при обострениях хронических заболеваний;
- 16) **Лечебные показания** – комплекс мероприятий, необходимый для лечения патологических состояний организма в соответствии с установленным диагнозом, не требующим медицинской помощи на момент обращения Застрахованного;

- 17) **Медицинские показания** – комплекс мероприятий, необходимых для диагностики, лечения имеющегося заболевания у Застрахованного в соответствии с программой и Договором страхования;
- 18) **Профилактические показания** – комплекс мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний, в том числе вакцинация и профилактические осмотры;
- 19) **Амбулаторно-поликлиническая помощь** – специализированные медицинские услуги, оказанные больным на приеме в поликлинике (амбулатория) без круглосуточного медицинского наблюдения;
- 20) **Программа страхования** - перечень медицинских услуг, расходы по которым, в соответствии с условиями Договора страхования, подлежат компенсации Страховщиком;
- 21) **Территория страхования** – территория, на которую распространяется действие страховой защиты по Договору страхования;
- 22) **Члены семьи (лицо, включенное в список застрахованных)** – супруг (супруга) застрахованного (возраст до 65 лет) и/или дети (возраст от 1 года до 18 лет), если иное не оговорено Договором страхования;
- 23) **Участники медицинской сети** – медицинские организации, врачи и аптеки, которые заключили со Страховщиком или медицинской сервисной компанией специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и (или) медикаментов застрахованным;
- 24) **Покрываемые расходы** - расходы по оплате медикаментов и медицинских услуг, назначенных застрахованному в соответствии с медицинскими показаниями в рамках программы страхования, Договора страхования;
- 25) **Медицинские организации** – юридические лица, являющиеся согласно законодательству организациями здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи и медицинских услуг населению (поликлиники, больницы, клиники, диагностические центры, диспансеры, станции скорой медицинской помощи, республиканские специализированные центры медицины, клиники научно-исследовательских институтов, частные медицинские организации);
- 26) **Медицинская транспортировка** – система мероприятий по доставке застрахованного до медицинского учреждения, а также при необходимости в сопровождении медицинского персонала до международного порта страны постоянного проживания;
- 27) **Медицинская эвакуация** - доставка Застрахованного из труднодоступных мест до ближайшего медицинского учреждения населенного пункта;
- 28) **Стационарное лечение** – предоставление Застрахованному квалифицированной медицинской помощи, предусмотренной программой и Договором страхования, с круглосуточным медицинским наблюдением в медицинском учреждении сети Ассистанса;
- 29) **Заявление на страхование** – форма установленного Страховщиком образца заявления, на основании которого заключается Договор страхования;
- 30) **Категория списания** – перечень исходных медицинских услуг, объединенных в отдельную позицию по покрытию, указанных в Программе страхования, с возможным указанием лимита страховой суммы. Категорией списания могут быть амбулаторно-поликлиническая помощь, лечебный массаж, стоматология, медикаменты и т.д.;
- 31) **Обслуживание на дому** - доступ к сети медицинских врачей и медицинских сестер, обслуживающих на дому Застрахованных (осмотр, диагностика, назначения, инъекции), предусмотренной программой страхования;
- 32) **Репатриация** – организация и проведение мероприятий по возврату останков Застрахованного, погибшего в результате внезапного заболевания или расстройства здоровья, рейсовым транспортом до международного порта страны постоянного проживания Застрахованного;

33) **Договор страхования** – двустороннее соглашение, в силу которого страховая организация (Страховщик) обязуется при наступлении страхового случая возместить понесенный ущерб или осуществить страховую выплату Страхователю или Выгодоприобретателю, а Страхователь обязуется уплачивать страховую премию в установленные сроки.

## Глава 2. Объект страхования

4. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с частичной или полной компенсацией расходов Застрахованного в связи с заболеванием и иным расстройством здоровья в период действия страховой защиты, определенных Договором страхования и выбранной страхователем программой страхования.

5. На страхование не принимаются лица:

- 1) страдающие нервными или психическими расстройствами, состоящие 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;
- 5) являющиеся ВИЧ-инфицированными;
- 6) имеющие злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;
- 7) госпитализированные на момент заключения Договора страхования по любому заболеванию.

6. Договор страхования, заключенный в отношении лиц, указанных в п. 5 настоящей Главы, является недействительным с момента их выявления, а уплаченные страховые премии подлежат возврату.

## Глава 3. Перечень страховых случаев

7. Страховым случаем признается обращение Застрахованных в период действия Договора страхования в Ассистанс за медицинскими и иными услугами, и связанное с этим возникновение расходов Застрахованного в период действия Договора страхования в соответствии с медицинскими показаниями и программой страхования, возникших вследствие заболевания или иного расстройства здоровья Застрахованного. Виды расходов, покрываемых страхованием, определяются в программе страхования, выбранной страхователем при заключении Договора страхования, и являющейся неотъемлемой частью Договора страхования.

8. Расходы застрахованного могут включать:

- 1) Расходы на оказание медицинских услуг:
  - неотложной скорой помощи;
  - амбулаторно-поликлинической помощи;
  - оплаты услуг медицинской сети Ассистанса;
  - медицинский/профилактический осмотр;
  - наблюдение и помощь при беременности и родах;
  - стационарного лечения;
  - стоматологической помощи;
  - патронажа детей до 1 года;
  - вакцинации;
  - реабилитационных услуг (санаторно-курортное лечение);
  - обслуживание на дому (выезды врачей по экстренным и лечебным показаниям).
- 2) Затраты на медицинские услуги по восстановлению здоровья от несчастного случая;
- 3) Медикаменты, назначенные врачами Ассистанса;

- 4) Расходы на медицинскую транспортировку до ближайшего медицинского учреждения или международного порта страны постоянного места жительства;
- 5) Расходы на репатриацию тела застрахованного до места жительства или международного порта страны постоянного места жительства;
- 6) Иные расходы, возникшие вследствие болезни.
9. Статьи расходов могут быть выбраны все вместе или в любой их комбинации, окончательный перечень видов медицинских услуг указывается в Договоре страхования в соответствии с выбранной страхователем программой страхования.
10. Если Ассистансом Застрахованному были оказаны услуги, не предусмотренные Договором страхования, или расходы по оказанным услугам превысили лимит ответственности, установленный Договором страхования, то такие расходы оплачиваются Застрахованным самостоятельно.

#### **Глава 4. Медицинские показания.**

11. Медицинские показания - объективные причины и условия для получения тех или иных медицинских услуг по профилактике, диагностике и лечению заболевания, послужившего причиной обращения в медицинскую сеть Представителя страховщика у конкретного Застрахованного, в соответствии с правилами страхования, Договором страхования и программой страхования.
12. Медицинские услуги и медикаменты считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения заболевания Застрахованного.
13. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты были назначены не для лечения и диагностики, а исключительно для извлечения материальной выгоды застрахованным, вступившим в сговор с врачом, медицинской организацией или аптекой, что установлено вступившим в законную силу решением суда/приговором суда, решением уполномоченных органов или иных лиц, либо если установление факта такого сговора осуществлено иным способом.
14. Медицинские показания включают:
- 1) Патологические состояния, при которых показана **экстренная медицинская помощь** - комплекс мероприятий по оказанию медицинской помощи пациентам с острыми заболеваниями или состояниями, включающие:
    - а) внезапные состояния, угрожающие жизни:
      - шок любой этиологии;
      - внезапная потеря сознания;
      - остро развивающиеся 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;
      - внезапно возникшие боли в животе;
      - аллергические состояния, требующие неотложного вмешательства (отек Квинке, синдром Лаэла, анафилаксия);
      - острые заболевания и обострения хронических заболеваний, в том числе, инфекционные заболевания, связанные с резким ухудшением здоровья;
      - внезапное повышение артериального давления;
      - появление одышки, приступа удушья и бронхиальной астмы;
      - высокая температура (выше 38,5°C);
      - острая задержка мочи.

б) неотложные состояния, возникшие в результате несчастных случаев:

- травмы;
- ранения;
- вывихи;
- ожоги;
- поражения электрическим током и молнией;
- сотрясения и ушибы мозга;
- обморожения;
- тепловые и солнечные удары;
- асфиксии всех видов;
- утопления;
- инородные тела дыхательных путей;
- отравления;
- укусы животных, ядовитых змей и насекомых.

2) Диагностические показания к стационарному лечению – комплекс мероприятий, при состояниях Застрахованного, которые не требуют оказания ему экстренной, неотложной медицинской помощи, но существует необходимость проведения комплекса диагностических мероприятий в условиях стационара для постановки диагноза.

3) Лечебные показания к амбулаторному лечению – основания для оказания медицинских услуг в условиях поликлиники при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний обострений, травм и других состояний, лечение, которых возможно в амбулаторных условиях.

4) Лечебные показания к стационарному лечению – основания для оказания медицинских услуг при состояниях Застрахованного, которые не требуют оказания ему экстренной, неотложной медицинской помощи, но существует необходимость проведения комплекса лечебных мероприятий в условиях стационара в следствии необходимости постоянного врачебного контроля за его состоянием или технической сложности проводимых лечебных процедур.

15. При организации медицинских услуг по экстренным, диагностическим, профилактическим и лечебным показаниям, выбор медицинской организации и профильного отделения осуществляется работниками Представителя страховщика или Страховщика, согласно перечню участников медицинской сети в соответствии с программой страхования.

16. При оказании медицинских услуг по экстренным, диагностическим, профилактическим и лечебным показаниям Страховщиком покрываются расходы, связанные только с основным заболеванием и сопутствующими заболеваниями, находящиеся в причинно-следственной связи с основным заболеванием Застрахованного.

### **Глава 5. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования**

17. Страховыми случаями, согласно настоящих Правил, не признаются расходы застрахованного вследствие:

- 1) войны, вторжения, враждебных действий иностранного государства, военных или подобных им операций (независимо от того объявлена война или нет) или гражданской войны;
- 2) народных волнений всякого рода, массовых беспорядков или забастовок, мятежа, локаутов, гражданских беспорядков, приобретающих размеры или разрастающихся до народного восстания, бунга, гражданских волнений, военного мятежа, революции, военного захвата или узурпации власти, конфискации, реквизиции или национализации имущества, террористических акций;
- 3) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4) действий Застрахованного (выгодоприобретателя), совершенных в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения и/или находящимся под воздействием лекарственных и/или психотропных средств;

5) природных катаклизмов: землетрясений, наводнений, селей, ураганов;

6) техногенных катастроф: взрывов и утечки токсичных веществ на заводах, прорывов на трубопроводах или аварий, авиакатастроф, крушений поездов, кораблекрушений и пр.;

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

8) действий Страхователя, Застрахованного и (или) Выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимся в причинной связи со страховым случаем.

18. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть также следующее:

1) сообщение Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

2) умышленное принятие страхователем мер по уменьшению убытков от страхового события;

3) получение Страхователем соответствующего возмещения убытка по имущественному страхованию от лица, виновного в причинении убытка;

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

5) не уведомление Страховщика о наступлении страхового случая;

6) отказ страхователя от своего права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая, а также отказ передать Страховщику документы, необходимые для перехода к Страховщику права требования. Если страховое возмещение уже было выплачено, Страховщик вправе требовать его возврата полностью или частично;

7) другие случаи, предусмотренные законодательными актами, настоящими Правилами и Договором страхования.

19. Страховщик не производит страховую выплату за:

1) косвенные коммерческие потери страхователя/застрахованного, потери (штрафы, неустойка, пеня), убытки в виде упущенной выгоды;

2) моральный вред;

3) предоставлением Застрахованному в Медицинских организациях условий повышенной комфортности – отдельной палаты и палаты-люкс, телефона, телевизора, кондиционера, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, услугами переводчика, обслуживанием в палате, пребыванием сопровождающего лица (кроме случаев пребывания в палате с ребенком до 3 лет);

4) расходы на оказание экстренной медицинской помощи Страхователю/Застрахованному, связанные с совершением или попыткой совершения противоправного действия, повлекшего в соответствии с действующим законодательством страны временного пребывания административное взыскание или уголовное преследование в отношении Застрахованного, кроме случаев превышения пределов необходимой обороны;

5) судебные издержки.

20. Не признаются страховыми случаями согласно условиям настоящих Правил, если иное не оговорено Договором страхования:

1) медицинские расходы, связанные с лечением хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения);



## 2) медицинские расходы, связанные с/со:

- а) диагностикой и лечением инфекционных заболеваний, входящих в Перечень заболеваний лечение, которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный Приказом МЗ РК № 526 от 14.10.2009г., а именно: ВИЧ-инфекция (СПИД), туберкулез, чума, холера, желтая лихорадка, геморрагические вирусные лихорадки, брюшной тиф и паратифы, ящур, бешенство, лептоспироз, листериоз, туляремия, бруцеллез, эхинококкоз, перитиоз, сальмонеллез, риккетсиоз, клещевой энцефалит, дизентерия, сибирская язва, дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, вирусные гепатиты, инфекционный менингит, лихорадка Эбола, эпидемический грипп и т.д.;
- б) диагностикой и лечением врожденных и наследственных заболеваний и их осложнений, пороков развития, детского церебрального паралича;
- в) диагностикой и лечением других инфекционных заболеваний, в том числе заболеваний, требующих санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдение за контактными лицами, кроме: острых кишечных инфекций, острых респираторных заболеваний;
- г) диагностикой и лечением сонной болезни;
- д) диагностикой и лечением микозов, кроме микозов слизистых оболочек полости рта, ЛОР-органов, легочного микоза;
- е) диагностикой и лечением заболеваний кишечника: дисбактериоз и (или) целиакия (исключение дети до 1 года), неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, хронический энтерит;
- ж) диагностикой и лечением паразитозов и(или) гельминтозов независимо от вида и нозологии (за исключением анализа кала на яйца глист), в том числе демодекоз;
- з) лечением аллергических хронических заболеваний (за исключением острых состояний, требующих неотложных мер) и аллергодиагностикой;
- и) диагностикой и лечением эндокринных заболеваний: все заболевания щитовидной железы, синдром нарушения толерантности к глюкозе, сахарный диабет I - II типа, несахарный диабет, феохромоцитома, Аддисонова болезнь, гипопитуитарный паннизм, хронический гипокортицизм;
- к) диагностикой и лечением хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии, кардиомиопатии, миокардиодистрофии, гипо- и апластических анемий (включая ЖДА), а также состояний после перенесенного инфаркта миокарда и его последствий, полученных до начала действия страховой защиты;
- л) диагностикой и лечением заболеваний мочеполовой системы: поликистоз почек, поликистоз яичников, хронический гломерулонефрит, заболевания, сопровождающиеся ХПН 2-3 стадии, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения, острый и хронический простатит независимо от этиологии, аденома предстательной железы, эрозия шейки матки (в том числе псевдоэрозия, лейкоплакия);
- м) диагностикой и лечением заболеваний печени: цирроз печени, хронические гепатиты, стеатогепатоз;
- н) диагностикой и лечением хронических заболеваний дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;
- о) диагностикой и лечением заболеваний центральной нервной системы: гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), эпилепсия, болезнь

- Паркинсона, рассеянный склероз, гидроцефалия, мигрень, а также состояний после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствий, полученных до начала действия страховой защиты;
- п) диагностикой и лечением заболеваний сосудов: варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, варикозное расширение вен прямой кишки, аневризма, болезнь Такаюсу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующий эндоартериит, облитерирующий атеросклероз синдром Вегенера;
  - р) диагностикой и лечением хронических кожных заболеваний: псориаз, нейродермит, atopический дерматит, алопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая болезнь, а также любые виды/формы лишая, независимо от нозологии;
  - с) диагностикой и лечением заболеваний, относящихся к ревматическим болезням и их осложнениям, согласно рабочей классификации ревматических болезней (ВОЗ, 1985г.);
  - т) диагностикой и лечением заболеваний двигательного аппарата: остеопорозы, хронические остеомиелиты, хронические артриты и артрозы любой этиологии;
  - у) лечением глазных болезней: астигматизм, миопия, гиперметропия, катаракта, глаукома, хирургическое (в том числе лазерное) лечение заболеваний глаз, кроме острых состояний (травмы, ожоги, инородные тела, отслойка сетчатки), биостимуляция глазного яблока, в том числе подбором очков/линз;
  - ф) диагностикой и лечением доброкачественных и злокачественных новообразований, гиперпластических процессов, фоновых заболеваний матки и её придатков, а также их осложнений, в том числе кист, полипов, папиллом, миом, кандилом и т.д.;
  - х) травм, полученных до начала действия страховой защиты;
  - ц) пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией;
  - ч) лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явилось алкогольное, наркотическое и/или токсикоманическое опьянение застрахованного; лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились умышленные действия застрахованного, направленные на наступление страхового случая, включая попытки самоубийства; а также иные действия застрахованного, признанные умышленными преступлениями или административными правонарушениями в порядке, установленном законодательными актами, находящимися в причинной связи со страховым случаем;
  - ш) лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились воздействие радиации, военные действия, гражданская война, народные волнения всякого рода, массовые беспорядки или забастовки, стихийные бедствия;
  - щ) 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;
  - ы) выдача листов нетрудоспособности по уходу за ребенком, если родитель, которому выдается листок нетрудоспособности и/или ребенок не являются застрахованными;
  - э) любыми видами косметологического лечения и другими видами лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, включая ринопластику с косметической и лечебной целями, за исключением необходимости ее проведения при острых травмах;

- ю) проведением стерилизации или прерыванием беременности за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери;
- я) любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни застрахованного;
- аа) экстракорпоральными методами лечения (гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, УФО крови, лазерное облучение крови), включая аутогемотерапию, а также с гипербарической оксигенацией (ГБО), кроме случаев, когда данный метод является единственным для спасения жизни застрахованного;
- бб) нетрадиционными методами диагностики и лечения, а также некоторыми традиционными методами лечения, а именно: андрогин, гомеопатия, гирудотерапия, иглотерапия рефлексотерапия, нетрадиционная диагностика, нетрадиционные системы оздоровления, энергоинформационная система оздоровления, мануальная терапия, бальнеотерапия, грязелечение, озонотерапия, механотерапия, тракционное лечение, проведением общего, антицеллюлитного, вакуумного, урологического массажа, методами народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны, кишечное орошение и жемчужные ванны;
- вв) проведением ангиографии; а также хирургическими вмешательствами на сердце (все виды шунтирования, стентирование, установка ИВР, радиочастотная абляция и т.д.);
- гг) диагностикой и лечением бесплодия, нарушением потенции, климактерическим синдромом;
- дд) диагностикой и лечением заболеваний, передающиеся половым путем (ЗППП): гонорея, сифилис, шанкрод, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, гарднереллез;
- ее) диагностическими методами ИФА, ПЦР, и РИФ, если это не предусмотрено программой страхования;
- жж) диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если это не предусмотрено программой страхования;
- зз) стоимостью контрастного вещества при диагностических обследованиях любыми методами КТ, МРТ и ЯМРТ;
- ий) снятием зубных отложений и зубного камня с профилактической целью;
- кк) услугами психолога и психотерапевта;
- лл) диагностикой и лечением психических заболеваний;
- мм) генетическими исследованиями и(или) услугами по планированию семьи;
- нн) приобретением и применением косметических и гигиенических средств, средств ухода за больными, гомеопатических препаратов, витаминных препаратов (за исключением инъекционных форм), биостимуляторов, антидепрессантов, ноотропов, контрацептивов, гепатопротекторов, статинов, хондропротекторов, иммуномодуляторов, анорексантных препаратов, биологически-активных добавок (БАДов) лекарственных средств, не разрешенных к применению в Республике Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством, а также медицинских расходов, связанных с лечением осложнений, вызванных применением таких лекарственных средств;
- оо) выпиской более 1 (одной) упаковки назначенного препарата в ходе лечения основного заболевания на момент приема врача (консультации);
- пп) приобретением не медикаментозных средств медицинского назначения (кроме шприцов, систем, венозных катетеров по любым показаниям, пластин, спич, шурупов, гипса необходимых по экстренным показаниям);

- pp) покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и линз очков или контактных линз, приобретением протезно-ортопедических изделий;
- сс) коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии, лечением нарушений осанки (сколиозы, кифозы), с хирургическим изменением пола, нарушением минерального обмена (рахит и т.д.), нарушением обмена веществ;
- тт) диагностикой и наблюдением, лечением осложнений беременности и родов, если иное не предусмотрено программой страхования или иное не оговорено дополнительным соглашением сторон. При наличии в программе дополнительного пакета по беременности и родам, все расходы в том числе и установление диагноза списываются с данного пакета, при этом страховая защита осуществляется до окончания срока действия Договора страхования;
- уу) санаторно-курортным лечением (в том числе с проездом, проживанием и питанием, а также расходам, связанным с улучшением условий проживания), если иное не оговорено программой страхования. При наличии в программе санаторно-курортного лечения, оно считается как реабилитационное и предоставляется только после стационарного или хирургического лечения;
- фф) патронажем ребенка до 1 (одного) года жизни, если иное не оговорено программой страхования;
- хх) консультацией у нескольких специалистов одного профиля по одному диагнозу в разных медицинских центрах в течение 3-х дней;
- цц) диспансеризацией;
- чч) диагностикой ВИЧ-инфекции, микрореакцией, реакцией Вассермана необходимые при госпитализации на стационарное лечение.

**21.** При обращении Застрахованного с диагнозом «обострение межпозвоночного остеохондроза» и его осложнений (грыжа м/п дисков, протрузии, мышечно-тонический синдром, цервикокраниалгия и т.д.), сопровождающегося выраженным болевым синдромом. Страховщик в пределах лимитов, установленных программой страхования, покрывает независимо от количества страховых случаев:

- 1) консультации невропатолога;
- 2) консультации физиотерапевта;
- 3) медикаментозную терапию - в пределах лимита согласно программы страхования;
- 4) услуги процедурного кабинета;
- 5) физиотерапия – 1 курс (10 сеансов), если предусмотрено программой страхования;
- 6) рентгенография;
- 7) массаж -- 1 курс (10 сеансов), если предусмотрено программой страхования.

**22.** При обращении Застрахованного в связи с хронической недостаточностью мозгового кровообращения: энцефалопатии (дисциркуляторная, перинатальная и т.д.), внутричерепной гипертензии, любого вида дистонии (вегетососудистая, нейроциркуляторная) и их осложнений. Страховщик покрывает независимо от количества страховых случаев:

- 1) выезд бригады скорой медицинской помощи при наличии экстренных показаний;
- 2) консультации невропатолога;
- 3) консультации физиотерапевта;
- 4) физиотерапия – 1 курс (10 сеансов), если предусмотрено программой страхования;
- 5) медикаментозную терапию - в пределах лимита по программе страхования;
- 6) услуги процедурного кабинета;
- 7) ЭЭГ, ЭхоЭГ и УЗДГ сосудов головы и шеи однократно за период действия страховой защиты.

**23.** При первичном выявлении заболеваний, указанных в пункте 20 однократно покрываются: осмотры узких специалистов (первичная и повторная консультация), ОАК, ОАМ, определение сахара крови, микрореакция, при необходимости ЭКГ, кал на яйца глист, УЗИ, УЗДГ,

рентгенологическое исследование (исключая другие лабораторно-инструментальные исследования, в том числе КТ, МРТ, ЯМРТ). Медицинские расходы, связанные с госпитализацией по лечебным показаниям, если был выставлен клинический диагноз, являющийся исключением из страховых случаев, Страховщиком покрываются койко-дни до установления диагноза. Дальнейшие диагностика и лечение данного заболевания страхованием не покрываются.

### **Глава 6. Порядок заключения договора страхования**

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

25. Договор страхования заключается на основании письменного заявления-анкеты Страхователя установленной формы, являющегося составной и неотъемлемой частью Договора страхования. Форма заявления-анкеты устанавливается Страховщиком.

26. Страховщик вправе до заключения Договора страхования, а также в период действия Договора страхования запросить информацию о состоянии здоровья Застрахованного/ых, оценку состояния здоровья.

27. 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, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику (указать перенесенные заболевания, имеющиеся хронические заболевания, нахождения в группе риска по какому-либо заболеванию, наличие инвалидности и т.д.).

28. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем данных. Если окажется, что Страхователь сообщил о себе (о Застрахованном) ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в страховании.

29. До заключения Договора страхования Страховщик имеет право провести медицинское обследование состояния здоровья (освидетельствование) лиц, подлежащих страхованию. Освидетельствование производится за счет Страховщика.

30. Для оформления Договора страхования Страховщиком могут быть затребованы дополнительные документы, характеризующие страховой риск.

31. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления сторонами договора страхования. Форма Договора устанавливается Страховщиком. Договор страхования должен содержать:

- 1) наименование, место нахождения и банковские реквизиты Страховщика;
- 2) фамилию, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность), и место жительства Страхователя (если им является физическое лицо) или его наименование, место нахождения и банковские реквизиты (если им является юридическое лицо);
- 3) фамилию, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность), контактный номер телефона и индивидуальный идентификационный номер страхового агента (если им является физическое лицо-резидент Республики Казахстан) или наименование, место нахождения, контактный номер телефона и бизнес-идентификационный номер страхового агента (если им является юридическое лицо-резидент Республики Казахстан);
- 4) указание о наличии или отсутствии комиссионного вознаграждения, причитающегося страховому агенту;
- 5) указание объекта страхования;
- 6) указание страхового случая и условий его наступления;
- 7) размеры страховой суммы, порядок и сроки осуществления страховой выплаты;

- 8) размеры страховой премии, порядок и сроки оплаты страховой премии;
- 9) дату заключения и срок действия Договора страхования;
- 10) указания о застрахованном и выгодоприобретателе;
- 11) номер, серию Договора страхования;
- 12) случаи и порядок внесения изменений в условия Договора страхования;
- 13) обязанность страхователя незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска в период действия Договора страхования;
- 14) сроки уведомления Страхователя или Застрахованного о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты;
- 15) вид валюты страховой суммы, страховой выплаты и страховой премии;
- 16) указание идентификационного номера, признака резидентства и сектора экономики Страхователя;
- 17) указание идентификационного номера, признака резидентства и сектора экономики Застрахованного (Выгодоприобретателя), если он не является Страхователем по Договору страхования, в случае указания Застрахованного (Выгодоприобретателя) в Договоре страхования;
- 18) указание территории действия Договора страхования;
- 19) права, обязанности и ответственность сторон;
- 20) подписи сторон.

По соглашению сторон в Договор страхования могут быть включены иные условия.

**32.** Застрахованному запрещается передавать страховую карточку другим лицам с целью получения ими медицинских услуг. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховую карточку, Страховщик имеет право отказаться в одностороннем порядке от исполнения условий Договора страхования в отношении этого Застрахованного без возврата уплаченной страховой премии.

**33.** При утрате страховой карточки, Застрахованный должен незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента обнаружения потери известить Страховщика любым доступным ему способом об этом. Утерянные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения услуг в соответствии с Договором страхования со дня получения от Страхователя письменного заявления об их утере. Взамен утерянной страховой карточки Страховщиком выдается новая.

При повторной утере Застрахованным страховых документов, в течение действия Договора страхования со Страхователя взыскивается штраф в размере стоимости их изготовления.

Страховщик освобождается от всякого вида ответственности в случае осуществления третьему лицу страховой выплаты по утерянной страховой карточке, если Страхователем не было дано заявление об ее утере.

**34.** При заключении Договора страхования Застрахованный освобождает участников медицинской сети - Представителя страховщика от обязательств неразглашения врачебной (медицинской) тайны перед Страховщиком в части, касающейся обстоятельств страхового случая.

#### **Глава 7. Порядок определения страховой суммы**

**35.** Страховая сумма на основного Застрахованного и застрахованных членов семьи определяется выбранной программой страхования и является общей для указанных Застрахованных, то есть единой для основного Застрахованного и застрахованных членов семьи, если иное не оговорено Договором страхования.

36. Страховые суммы по каждой медицинской услуге устанавливаются программой страхования и указываются отдельно.
37. Страховая сумма по каждой медицинской услуге является общей для всей семьи - основного застрахованного и всех застрахованных членов семьи - в пределах этой суммы Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные основному Застрахованному и застрахованным членам семьи по данной категории списания. После осуществления страховой выплаты Страховщиком, страховая сумма по соответствующей категории списания, а также общая страховая сумма уменьшается на сумму осуществленной страховой выплаты.
38. В отношении основного Застрахованного, дополнительно принимаемого на страхование на срок менее 12 (двенадцать) месяцев, страховая сумма и предельные объемы ответственности Страховщика по отдельным категориям списания (таким как покрытие медикаментов, стоматологическая помощь и пр.) устанавливаются в соответствии с Табелем начисления, указанным в пункте 74 настоящих Правил.
39. Размер страховой суммы может быть изменен по соглашению сторон, по инициативе Страховщика, в том числе при существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменении ее стоимости.
40. Истечение и перерасход страховой суммы по одной из медицинских услуг ведет к прекращению обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты по данной медицинской услуге.
41. Дальнейшие расходы по медицинской услуге, по которой страховая сумма, предусмотренная программой страхования, была исчерпана, Страховщиком не возмещаются.
42. Возмещение расходов на медицинские услуги, по которым страховые суммы были исчерпаны, за счет страховых сумм по другим медицинским услугам (т.е. перенос лимитов) не допускается.
43. Истечение страховой суммы по одной из медицинских услуг не влечет за собой прекращения Договора страхования.
44. В случае возникновения перерасхода страховой суммы по одной из медицинских услуг, Страховщик/Представитель страховщика уведомляет Застрахованного (Страхователя) о возникшем перерасходе лимита по телефону и (или) письмом (при этом уведомление Застрахованного по телефону считается им полученным) и одновременно блокирует действие страховой карточки, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому застрахованному (за исключением покрытия услуг скорой медицинской помощи) до момента полной оплаты суммы перерасхода (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью).

#### **Глава 8. Страховая премия. Франшиза**

45. Размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, рассчитывается исходя из выбранных Страхователем медицинских и иных услуг, количества Застрахованных, территории страхования, медицинского Ассистанса, статистики убытков за прошлый год в соответствии с внутренними документами Страховщика.
46. Страховая премия подлежит оплате Страхователем единовременно или в рассрочку, наличным или безналичным платежом, в соответствии с достигнутой сторонами договоренностью при заключении Договора страхования.
47. В случае неоплаты страховой премии (страхового взноса) в полном размере до указанного в Договоре страхования срока, действие страховой защиты по Договору страхования приостанавливается в одностороннем порядке Страховщиком со дня, следующего за днем просроченного срока оплаты страховой премии (страхового взноса). При этом Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим в период приостановления действия страховой защиты.

48. Страхователь вправе возобновить действие страховой защиты на основании письменного заявления после уплаты просроченной страховой премии (страхового взноса). При этом действие Договора страхования не продлевается и уплаченная страховая премия (страховой взнос) за период приостановления действия страховой защиты не возвращается.
49. Приостановление действия страховой защиты не освобождает Страхователя от полной уплаты страховой премии.
50. Если страховой случай наступил до уплаты определенного страхового взноса, но в период действия страховой защиты, за исключением случаев, когда оплата страхового взноса просрочена, а также в случае, если страховой взнос (страховая премия) оплачен в меньшей сумме, чем предусмотрено Договором страхования, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму неуплаченного страхового взноса (страховой премии).
51. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза (условная/безусловная), вид и размер которой определяется по соглашению сторон.

### Глава 9. Срок и место действия договора страхования

52. Если условиями Договора страхования не предусмотрено иное, Договор страхования вступает в действие и становится обязательным для сторон:
- 8) при уплате страховой премии (или первого взноса) наличными деньгами – с 00 часов суток, следующих за днем, когда была уплачена страховая премия (или первый взнос);
  - 9) при уплате страховой премии (или первого взноса) путем безналичных расчетов – с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (или первого взноса) на счет Страховщика.
53. Если условиями Договора страхования не предусмотрено иное, Договор страхования заключается сроком на 12 (двенадцать) месяцев.
54. Период действия страховой защиты совпадает со сроком действия Договора страхования, если иное не установлено Страховщиком либо соглашением сторон.
55. Договор страхования, по которому осуществлена страховая выплата в размере менее страховой суммы/лимита по каждому случаю/риск/услуге, сохраняет силу до конца срока, указанного в Договоре страхования, в размере разницы между установленной страховой суммой/лимитом и суммой осуществленной страховой выплаты по данному случаю/риск/услуге.
56. При страховой выплате в размере полной страховой суммы действие Договора страхования прекращается со дня осуществления страховой выплаты.
57. Использование лимита по одному из видов медицинских и иных услуг по Договору страхования ведет к прекращению оказания данного вида услуг, и эта услуга признается закрытой. Оплата медицинских и иных услуг по закрытым позициям осуществляется Застрахованным самостоятельно. Возмещение расходов за медицинские и иные услуги по закрытым позициям за счет других неиспользованных позиций не допускается.
58. В соответствии с настоящими правилами место действия Договора страхования (территория страхования) – распространяется на территорию, указанную в Договоре страхования.

### Глава 10. Права и обязанности сторон

#### 59. Страхователь имеет право:

- 1) требовать от Страховщика информацию о его платежеспособности и финансовой устойчивости;
- 2) получать разъяснения о правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления/получения услуг;



- 3) требовать предоставления Застрахованному медицинских и иных услуг в учреждениях, предусмотренных Договором страхования, а также оплаты по оказанным услугам. В случае не предоставления таких услуг Застрахованный должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика;
- 4) с согласия Страховщика вносить изменения и дополнения в список Застрахованных в соответствии с условиями Договора страхования. При этом заключается дополнительное соглашение к Договору страхования, либо оформляется новый Договор страхования и производится перерасчет страховой премии;
- 5) в период действия Договора страхования расширить перечень медицинских услуг, гарантируемых по Договору страхования, или повысить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию;
- 6) досрочно расторгнуть Договор страхования;
- 7) получить дубликат Договора страхования;
- 8) получить дубликат страховой Карточки в случае ее утери в первый раз - бесплатно, при повторной утере - за счет Застрахованного;
- 9) на тайну страхования;
- 10) получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам;
- 11) совершать иные действия, не противоречащие Договору страхования и законодательству Республики Казахстан.

**60. Страхователь обязан:**

- 1) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении Договора страхования;
- 2) уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;
- 3) соблюдать требования настоящих Правил, условий Договора страхования, предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 4) предоставить Страховщику достоверную информацию, касающуюся Застрахованного, необходимую для заключения Договора страхования, в полном объеме;
- 5) довести до сведения Застрахованных условия Договора страхования и настоящих правил страхования;
- 6) обеспечить в случае требования Страховщика обследование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья;
- 7) принять меры к уменьшению убытков от страхового случая;
- 8) обеспечить переход к Страховщику права требования в порядке суброгации к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
- 9) информировать Страховщика о состоянии страхового риска;
- 10) если Страхователь не является Застрахованным, то при заключении Договора страхования Страхователь обязан получить согласие Застрахованных на такое заключение. В случае невыполнения Страхователем указанного требования, страховая премия, внесенная страхователем за такого Застрахованного, возврату не подлежит;
- 11) передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
- 12) заботиться о сохранности страховых документов (Договор страхования и Карточку) и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- 13) оказывать содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления требований о возмещении вреда;

14) при утрате Договора страхования/Карточки письменно сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;

15) незамедлительно уведомить Страховщика о принятом решении об исключении Застрахованного из списка Застрахованных;

16) изъять у исключаемого Застрахованного и членов его семьи страховые карточки. При нарушении данного обязательства Страхователем, Страховщик освобождается от выполнения обязательств по возмещению расходов по медицинским услугам, полученным после исключения Застрахованного из списка Застрахованных;

17) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

**61. Страховщик имеет право:**

1) требовать от Страхователя и/или Застрахованного предоставления достоверной информации необходимой для заключения Договора страхования;

2) проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора страхования;

3) запросить историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном в медицинском учреждении, оказывающем Застрахованному медицинские услуги;

4) направлять запросы в соответствующие медицинские учреждения по факту страхового случая;

5) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;

6) произвести медицинское обследование Застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья за свой счет;

7) требовать от Страхователя/Застрахованного информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства его возникновения;

8) не оплачивать медицинские и иные услуги, оказанные страхователю, если они получены в учреждениях, не оговоренных Договором страхования, или получены без согласования с Представителем страховщика;

9) отказать в страховой выплате, если Застрахованный не предоставил документы, подтверждающие и обосновывающие необходимость получения медицинских услуг или приобретенных медицинских препаратов у врачей и/или в медицинских учреждениях, не указанных в списке Страховщика и невозможность получения аналогичных услуг у врачей и в медицинских учреждениях из списка Страховщика;

10) отказать в осуществлении страховой выплаты, если Страхователем/Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом клиники больничный режим (при этом решение об отказе в компенсации принимается Страховщиком на основании заключения медицинского учреждения);

11) приостанавливать выполнение своих обязательств либо расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях его неявки на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, необоснованных или ложных вызовах скорой медицинской помощи, нарушения лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;

12) заблокировать действие страховой карточки Застрахованного в случае превышения лимита ответственности по лимитированным позициям программ страхования. После оплаты суммы, превышающей лимит по оказанной Застрахованному медицинской услуге, страховая карточка подлежит разблокированию по позициям неиспользованных лимитов;

13) предъявлять требования к застрахованному на сумму оплаченных страховщиком услуг, если эти расходы не подлежали страховой выплате или возмещению Страховщиком в соответствии с настоящими правилами, Договором страхования и выбранной программой страхования;

14) изменять список врачей и медицинских учреждений с уведомлением Страхователя и/или Застрахованного;

15) отказать в страховании Застрахованному, если Застрахованный или Страхователь умышленно скрыли или исказили информацию о состоянии здоровья Застрахованного, запрашиваемую Страховщиком в соответствии с Договором страхования, либо досрочно расторгнуть Договор страхования в одностороннем порядке, если подобные факты были выявлены после заключения Договора страхования путем направления письменного уведомления Страхователю/Застрахованному. При этом Договор страхования считается расторгнутым с даты направления подобного уведомления;

16) досрочно расторгнуть Договор страхования при неисполнении или ненадлежащим исполнении Застрахованными и/или Страхователем своих обязанностей по Договору страхования;

17) заблокировать действие Карточки в случаях, предусмотренных Договором страхования;

### **62. Страховщик обязан:**

1) ознакомить страхователя/застрахованных с правилами страхования и по его требованию представить (направить) копию правил;

2) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные в Договоре страхования;

3) контролировать объем, сроки, количество и качество сервиса предоставляемых услуг застрахованным в соответствии с условиями Договора страхования;

4) обеспечить тайну страхования;

5) в случаях непредставления Страхователем (Застрахованным или Выгодоприобретателем) либо их представителем всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить их о недостающих документах в срок, установленный Договором страхования;

6) обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;

7) организовать предоставление Застрахованному медицинских услуг, прямо предусмотренных Договором страхования, в режиме работы медицинских учреждений;

8) осуществлять страховую выплату медицинским учреждениям или врачам из списка Страховщика в порядке и сроки, определенные Договорами между ними и Страховщиком в рамках выбранной Страхователем Программы;

9) вести учет всех Застрахованных, оказанных им услуг, их стоимости, размеров страховых сумм и иную документацию, необходимую для исполнения своих обязательств по Договору страхования;

10) выдать Страхователю страховую документацию (карточки) на Застрахованных необходимую для обращения в медицинские учреждения в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента получения документально подтвержденной оплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по Договору страхования;

11) в случае утраты (утери) Застрахованным страховых карточек выдать их дубликаты в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня извещения об этом Страхователем (Застрахованным);

12) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

### **63. Застрахованный обязан:**

1) при каждом обращении к врачам и/или в медицинское учреждение из списка Страховщика предъявлять документ, удостоверяющий личность Застрахованного, и страховую карточку, выданную Страховщиком;

2) в случае заболевания или иного расстройства здоровья до обращения за медицинской или иной услугой, установленной Договором страхования, связаться со Страховщиком или его представителем и получить информацию о дальнейших действиях;

- 3) соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 4) соблюдать условия Договора страхования;
- 5) передавать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношения к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
- 6) при обращении Застрахованного в лечебные учреждения, не включенные в список Страховщика известить об этом Страховщика в течение срока указанного в Договоре страхования, любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения;
- 7) обращаться за получением медицинских услуг, оговоренных в программе страхования, в медицинские учреждения сети Ассистанса;
- 8) обеспечить сохранность страховой карточки, не передавать её другим лицам с целью получения медицинских услуг;
- 9) освободить медицинское учреждение, оказавшее ему услуги, от обязательств неразглашения врачебной (медицинской) тайны перед Страховщиком в части, касающейся обстоятельств страхового случая;
- 10) в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения требования Страховщика (Представителя Страховщика) возместить расходы:
  - связанные со страховой выплатой по событию, которое в соответствии с условиями страхования не подпадают под определение страхового случая (при доказанности данного факта Страховщиком);
  - превышающие размер установленного программой страхования лимита ответственности Страховщика по категориям списания и страховой суммы.В случае если Застрахованный не возместил указанные расходы в установленный срок, Страховщик вправе приостановить действие страховой защиты (медицинского обслуживания) Застрахованного до момента полного возмещения Страховщику таких расходов (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью). При этом при возобновлении медицинского обслуживания срок действия страховой защиты не продлевается на количество дней приостановленной страховой защиты.
- 11) оплатить Страховщику штраф в размере двухкратной стоимости медицинской услуги при необоснованном вызове врача скорой (неотложной) помощи и семейного врача на дом:
  - для медицинского обслуживания незастрахованного лица;
  - с преднамеренным предоставлением искаженной информации о необходимости медицинского обслуживания или места нахождения Застрахованного;
  - не в медицинских целях;
  - к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного опьянения или абстинентного синдрома;
  - при отказе Застрахованного от медицинского осмотра.
- 12) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

#### **64. Застрахованный имеет право:**

- 1) получать от Страховщика разъяснения настоящих Правил и условий договора страхования, а также порядка предоставления услуг;
- 2) требовать предоставления медицинских и иных услуг в учреждениях, предусмотренных Договором страхования, а также оплаты по оказанным услугам в соответствии с условиями настоящих правил и программы страхования;
- 3) сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских услуг, неполного и некачественного их предоставления;
- 4) совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

65. Перечень прав и обязанностей сторон не является исчерпывающим, отдельные обязанности сторон предусмотрены другими разделами настоящих Правил, и могут быть расширены в Договоре страхования.

**Глава 11. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования**

66. В период действия Договора страхования Страхователь/Застрахованный обязан незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента возникновения, письменно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

67. Значительными изменениями могут быть следующие:

- 1) изменение территории страхования;
- 2) изменение вида (рода) деятельности страхователя/застрахованного;
- 3) выявление у застрахованного какого-либо заболевания, включенного в список исключений из страховых случаев, предусмотренных Главой 5 настоящих Правил;
- 4) Договором страхования могут быть оговорены и другие значительные изменения, влияющие на увеличение страхового риска.

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

69. Если Страхователь/Застрахованный возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с законодательством Республики Казахстан. При этом порядок возврата Страхователю страховой премии, устанавливается Договором страхования.

70. При невыполнении Страхователем или Застрахованным предусмотренных в п.73 настоящих правил обязанностей, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных его расторжением, или при наступлении страхового случая, отказать в страховой выплате.

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

**Глава 12. Замена/увеличение/исключение Застрахованных.**

72. Дополнительное включение, досрочное исключение, а также замена Застрахованного совершается по соглашению сторон и оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования.

73. Дополнительное включение основного Застрахованного производится не позднее 45 (Сорока пяти) дней до даты окончания настоящего Договора.

74. При дополнительном включении Застрахованного сотрудника в Договор страхования, страховая премия, страховая сумма и предельные объемы ответственности Страховщика по отдельным категориям медицинских услуг (таким как покрытие медикаментов, стоматологическая помощь и пр.) устанавливается в соответствии с нижеуказанным Табелем начисления:

Срок страхования (количество месяцев)	Размер страховой премии в % от годовой страховой премии
до 2 месяцев включительно	30
от 2 месяцев и одного дня до 3 месяцев включительно	40
от 3 месяцев и одного дня до 4 месяцев включительно	50

от 4 месяцев и одного дня до 5 месяцев включительно	60
от 5 месяцев и одного дня до 6 месяцев включительно	70
от 6 месяцев и одного дня до 7 месяцев включительно	75
от 7 месяцев и одного дня до 8 месяцев включительно	80
от 8 месяцев и одного дня до 9 месяцев включительно	85
от 9 месяцев и одного дня до 10 месяцев включительно	90
от 10 месяцев и одного дня до 11 месяцев включительно	95
от 11 месяцев и одного дня до 12 месяцев включительно	100

75. При дополнительном включении члена семьи в список Застрахованных, страховая премия оплачивается в полном объеме за каждого Застрахованного члена семьи, при этом такое дополнительное включение осуществляется только в течение первых 3 (Трех) месяцев с даты начала действия Договора страхования в отношении основного Застрахованного, если иное не оговорено Договором страхования.

76. Список Застрахованных членов семьи не подлежит корректировке в течение страхового периода.

77. Замена Застрахованного осуществляется Страхователем с письменного уведомления Страховщика. В случае если Застрахованный и члены его семьи, исключаемые из списка Застрахованных, не воспользовались медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и/или медицинскими учреждениями из списка Страховщика, замена Застрахованного производится Страховщиком автоматически без оплаты дополнительной страховой премии на нового Застрахованного и оформляется дополнительным соглашением. В случае если страховые выплаты по заменяемому Застрахованному и членам его семьи осуществлялись, для вновь принимаемого Застрахованного общая страховая сумма и страховые суммы по отдельным медицинским услугам устанавливаются за вычетом уже произведенных Страховщиком страховых выплат. Замена одного основного Застрахованного производится без оплаты дополнительной страховой премии не более 1 раза за период действия Договора страхования.

78. Замена и исключение Застрахованного из списка одновременно влечет за собой замену и исключение к нему прикрепленных Застрахованных членов семьи. Период действия Договора в отношении вновь включенного (замененного) Застрахованного начинается с даты замены и до окончания действия настоящего Договора страхования. В случае замены Застрахованного доплата страховой премии осуществляется только за членов семьи, если Договором страхования предусмотрено платное прикрепление членов семьи.

79. Действие страховой защиты в отношении включенного (исключенного) Застрахованного и прикрепленных к нему застрахованных членов семьи начинается (прекращается) со дня, указанного в дополнительном соглашении.

80. Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения заявления от Страхователя обязан изготовить и передать ему идентификационные карточки вновь включенного Застрахованного и к нему прикрепленных застрахованных членов семьи.

81. Страхователь в течение 3 (Трех) рабочих дней со дня подачи заявления об исключении лица из списка Застрахованных обязан вернуть Страховщику Карточку исключаемого лица и к нему прикрепленных членов семьи.

82. Страховщик не возвращает страховую премию Страхователю за исключаемого Застрахованного, в случаях, если Застрахованный сотрудник и члены его семьи воспользовались медицинскими услугами, предоставленными врачами и/или медицинскими учреждениями из списка Страховщика, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон.

83. При досрочном исключении Застрахованного сотрудника, из списка Застрахованных, когда по данному Застрахованному и членам его семьи страховые выплаты не осуществлялись, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, оплаченной

за данного Застрахованного сотрудника за минусом 25% Административных расходов от годовой страховой премии по Договору, если иное не предусмотрено дополнительным соглашением сторон. Возврат страховой премии по исключаемым членам семьи не производится. При этом расчет возврата страховой премии Страхователю осуществляется Страховщиком в течение 15 (Пятнадцати) календарных дней после поступления Страховщику письменного заявления от Страхователя

### Глава 13. Действия Страхователя/Застрахованного при наступлении страхового случая

**84.** При наступлении страхового случая, Застрахованный должен обратиться к работнику медицинского Ассистанса и следовать его указаниям.

**85.** При каждом обращении к работнику медицинского Ассистанса Застрахованный обязан предъявить страховую карточку и документ, удостоверяющий личность. Получение медицинских услуг в участниках медицинской сети возможно лишь при наличии направления работника медицинского Ассистанса, за исключением экстренных случаев, при соблюдении условий, указанных в п. 86-88. настоящих Правил.

**86.** В случае возникновения у Застрахованного экстренных показаний к стационарному лечению, когда у Застрахованного не было возможности обратиться в медицинскую сервисную компанию, Страхователь, застрахованный самостоятельно или через других лиц, должны уведомить Страховщика или медицинскую сервисную компанию о наступлении страхового случая в течение 24-х часов с момента, когда им стало известно о наступлении страхового случая.

**87.** Не уведомление Страхователем/Застрахованным/выгодоприобретателем Страховщика или его Представителя о наступлении страхового случая в течение 24-х часов с момента получения им медицинской и иной услуги, дает Страховщику право отказать в страховой выплате, полностью отказать в оплате оказанной ему медицинской услуги, если застрахованным не будет доказано, что он не имел возможности уведомить Страховщика (Представителя страховщика) по объективным причинам (по состоянию здоровья).

Не уведомление или несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая не является основанием для отказа в осуществлении страховой выплаты, если оно обусловлено причинами, не зависящими от воли Страхователя или отнесенными Договором страхования к уважительным, и представлены соответствующие документы, подтверждающие данный факт.

**88.** В случае, когда Застрахованный по объективным причинам (в связи с тяжелым состоянием здоровья) не уведомил Страховщика или Представителя страховщика о наступлении события, последствием которого стало наступление страхового случая, и оплатил медицинские расходы сам, Страхователь/Застрахованный обязан представить заявление о страховом случае в письменной форме в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента прекращения оказания услуги, а так же предоставить счета и все медицинские документы на возмещение самостоятельно понесенных расходов. При этом Страховщик оставляет за собой право проводить расследование обоснованности получения этих услуг и их соответствия программе страхования, выбранной согласно условиям Договора страхования.

**89.** Медицинские услуги оказываются непосредственно Ассистансом или по решению/направлению Ассистанса в медицинских организациях - участниках медицинской сети. Перечень участников медицинской сети указываются в приложении к Договору страхования.

**90.** Медицинские услуги считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения Застрахованного.

91. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты, согласно заключению Страховщика:

5) не являются необходимыми и достаточными для лечения;

6) были назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ.

92. При получении медицинских услуг в участниках медицинской сети, Застрахованный подтверждает своей подписью (на бланке направления, на рецептурном бланке при получении лекарств в аптеке, заказ-наряде при получении стоматологического лечения, либо в реестре посещений при приеме семейным врачом) факт оказания ему медицинской услуги.

#### **Глава 14. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков**

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

1) оригиналы счетов из медицинского учреждения (на фирменном бланке и/или с соответствующим штампом) с указанием фамилии Застрахованного, даты обращения за медицинской помощью и фискальные чеки медицинского учреждения, оказавшего Застрахованному услуги;

2) медицинская документация с указанием: диагноза, продолжительности лечения, перечнем оказанных услуг с детализацией их по датам и стоимости, направления врачей и документы о прохождении лабораторных исследований или медицинских услуг;

3) выписка из истории болезни, медицинские заключения лечащих врачей, рецептурные бланки, рентгеновские снимки с описанием, ленты ЭКГ и другие документы, подтверждающие получение медицинских услуг;

4) копия удостоверения личности или паспорта (для детей – копии свидетельства о рождении), копия страховой карточки;

5) другие документы, относящиеся к страховому случаю и определяемые Страховщиком, исходя из определенного заболевания или нарушения анатомической целостности застрахованного, страхового случая, обстоятельств его наступления и программой страхования.

Если предполагается, что получателем страховой выплаты будет заявитель, то также предоставляется копия ИИН, номер платежной карточки IBAN, реквизиты банка, оригинал заявления от Застрахованного на возмещение с подробным описанием наступления страхового случая.

94. При предоставлении копий документов, Страхователем/Застрахованным/Выгодоприобретателем предоставляется оригинал такого документа для осуществления сверки.

#### **Глава 15. Порядок и условия осуществления страховых выплат**

95. При наступлении страхового случая Представитель страховщика организует, контролирует и оплачивает оказанные Застрахованному медицинские и иные услуги в пределах страховой суммы, лимитов, предусмотренных Договором страхования и программой страхования. Страховщик возмещает Ассистанс расходы по оказанию услуг.

96. Страховая выплата осуществляется в размере фактических расходов Застрахованного, но не более суммы лимита на одного Застрахованного (членов его семьи, если на них отдельно не установлена сумма лимита) или суммы лимита на соответствующую медицинскую услугу, установленную программой страхования. Страховая выплата осуществляется напрямую выгодоприобретателю.

97. Общая сумма страховой выплаты по одному Застрахованному за последствия одного или нескольких страховых случаев, происшедших в период действия Договора страхования не



может превышать предельного объема ответственности, устанавливаемого Договором страхования.

**98.** Порядок и условия оплаты медицинских и иных услуг, оказываемых застрахованному, определяется по соглашению между Страховщиком (Представителем страховщика) и медицинским учреждением.

**99.** В случае, когда медицинские и иные расходы были оплачены с согласия Страховщика самим застрахованным, либо третьим лицом, страховая выплата осуществляется застрахованному либо лицу, понесшему эти расходы на основании письменного заявления о страховом случае, документов, перечисленных в главе 14 настоящих Правил. Произведенные платежи, в счет будущих страховых выплат без согласия Страховщика, компенсации не подлежат, за исключением случаев, указанных в пунктах 86, 88 настоящих Правил.

### **Глава 16. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате.**

**100.** Срок оплаты медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному, определяется по соглашению между Страховщиком, Ассигнансом и организациями, оказавших услуги.

**101.** Если иное не оговорено Договором страхования Страховщик, после получения всех необходимых документов для принятия решения о страховой выплате, в течение 10 (десяти) рабочих дней принимает решение о страховой выплате либо об отказе в страховой выплате, о чем сообщает Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) в письменной форме в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня принятия решения об отказе в страховой выплате, с указанием причин отказа, если иное не оговорено в Договоре страхования.

**102.** В случае непредставления Страхователем или Застрахованным, всех документов, предусмотренных пунктом 93, настоящих Правил, Страховщик обязан с момента предоставления неполного пакета документов, в течение 10 (десяти) рабочих дней, либо в срок, определенный Договором страхования, письменно уведомить их о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты.

**103.** Страховщик осуществляет страховую выплату выгодоприобретателю в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после принятия решения о страховой выплате.

**104.** За несвоевременное осуществление страховой выплаты Страховщик несет ответственность в соответствии со статьей 353 Гражданского кодекса Республики Казахстан.

**105.** Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком на основании проведенной экспертизы соответствия полученных медицинских услуг Программе страхования и страховой сумме, в том числе, по каждому Застрахованному и по каждой медицинской услуге.

**106.** Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если Застрахованный (Страхователь):

- 1) получил медицинские услуги, не предусмотренные Договором страхования и Программой страхования;
- 2) получил медицинские услуги в медицинской организации, входящей в перечень Участников медицинской сети, но не соответствующей перечню участников медицинской сети Программы страхования Застрахованного;
- 3) получил медицинские услуги, не имеющие медицинских показаний;
- 4) сообщил искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения Договора страхования;
- 5) своевременно не известил о наступлении страхового случая;
- 6) имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан, но не представил Страховщику в установленный Договором страхования срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;

7) передал свой Договор страхования/Карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг.

**107.** Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, оказанные Застрахованному, если последним не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом режим во время лечения, что подтверждается заключением врача (выпиской из амбулаторной карты или иными аналогичными медицинскими документами).

**108.** Договор страхования, в отношении каждого Застрахованного, по которому осуществлена страховая выплата в размере, меньшем страховой суммы, сохраняет силу до конца срока, указанного в договоре страхования, в размере разницы между соответствующей страховой суммой и суммой осуществленной страховой выплаты.

### **Глава 17. Порядок внесения изменений и дополнений в условия Договора страхования.**

**109.** Внесение изменений и дополнений в Договор страхования производится по обоюдному согласию сторон, на основании письменного заявления (уведомления) одной из сторон.

**110.** С момента получения заявления одной из сторон до момента принятия решения, Договор страхования действует на прежних условиях.

**111.** Изменения и дополнения к Договору страхования оформляются путем составления и подписания дополнительного соглашения к Договору страхования, при этом, расчет доплаты страховой премии производится на пропорциональной основе от годовой тарифной ставки на оставшийся период страхования.

### **Глава 18. Условия прекращения Договора страхования.**

**112.** При страховой выплате в размере полной страховой суммы действие Договора страхования прекращается со дня осуществления страховой выплаты.

**113.** Стороны имеют право на досрочное расторжение договора страхования. О намерении досрочного расторжения действия Договора страхования, стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

**114.** Договор страхования прекращается досрочно по одному из следующих обстоятельств:

1) неуплаты Страхователем страховой премии/взносов в установленные Договором страхования сроки;

2) перестал существовать объект страхования;

3) отчуждение Страхователем объекта имущественного страхования, если Страховщик возражает против замены Страхователя;

4) возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

5) вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации Страховщика, за исключением случаев, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности»;

6) смерти Застрахованного, не являющегося Страхователем, когда не произошла замена;

7) в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности»;

8) изменения условий и сведений, включенных в страховой полис, выданный Страховщиком страхователю в рамках настоящих Правил.

Договор страхования считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного настоящим пунктом в качестве основания для прекращения Договора страхования, о чем заинтересованная сторона должна незамедлительно не позднее 3 (трех) рабочих дней письменно уведомить другую, с предоставлением копий подтверждающих документов, оформленных в соответствии с законодательством.

При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат страховых премий при ликвидации Страховщика осуществляется в соответствии с очередностью удовлетворения требований кредиторов, установленной законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.

115. В случаях, когда досрочное прекращение договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возвратить Страхователю уплаченную им страховую премию полностью.

116. При досрочном расторжении Договора страхования по основаниям, не предусмотренным п. 114. настоящих Правил Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, за минусом расходов Страховщика на ведение дела в размере 25% от уплаченной страховой премии, рассчитываемой по следующей формуле:

$S = ((P/T) * O) * 75\%$ , где:

S – страховая премия, подлежащая возврату,

P – размер страховой премии согласно договору страхования,

T – Срок страхования,

25% - процент удержания за ведение дела,

O - количество дней до окончания срока страхования.

117. Если по Договору страхования были осуществлены страховые выплаты, то в случае досрочного расторжения такого Договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежат.

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

119. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страховщика в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения страхователем своих обязательств по Договору страхования, либо в случае превышения лимита Застрахованным по одному из видов услуг, когда он отказывается оплачивать полученные медицинские услуги за свой счет. При этом страховая премия возврату не подлежит.

#### Глава 19. Особые условия

120. По соглашению сторон в заключаемый в соответствии с настоящими Правилами страхования Договор могут быть включены особые условия (страховые оговорки, определения, исключения и т.п.).

121. Любое уведомление должно направляться способом, позволяющим подтвердить его отправку и получение.

#### Глава 20. Порядок разрешения споров

122. Споры, вытекающие из Договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил рассматриваются непосредственно сторонами путем переговоров.

123. Стороны договора страхования при не разрешении спора путем переговоров до обращения в судебные органы обязаны направить другой стороне письменную претензию, с обоснованием причин возникшего разногласия. Претензия подлежит рассмотрению в двухнедельный срок. В случае обращения к страховому омбудсману, тайна страхования быть раскрыта ему по находящимся у него на рассмотрении обращениям физических и юридических лиц по урегулированию разногласий, возникающих из Договоров страхования.

124. В случае, если претензия была отклонена полностью или частично, либо ответ на претензию не получен по истечении срока, указанного в пункте 123. настоящих Правил, сторона имеет право обратиться в суд по подсудности фактического места расположения головного офиса Страховщика, в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

## Лист Согласования

 Правил  
 добровольного страхования на случай болезни  
 АО «Страховая компания «Цесна Гарант»

Должность согласующего	Подпись согласующего	ФИО согласующего
Комплаенс-контролер-начальник Службы комплаенс		Тулеуова С.О.
Директор Департамента маркетинга и управления бизнес-процессами		Абронова И.В.
Директор юридического Департамента		Доронина Е.А.
Директор Департамента сопровождения медицинского страхования		Саинова Г.А.
Супервайзер		Саменова Г.К.