УТВЕРЖДЕНЫ
Протоколом
Совета директоров
АО «СК «АСКО»
Протокол № СД 45-18
от 09 октября 2018г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ГРАЖДАН, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ («МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT»)

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного страхования на случай болезни граждан, выезжающих за границу («МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT») (далее по тексту - Правила) Акционерное общество «Страховая компания «АСКО» (далее по тексту – Страховщик), заключает договоры добровольного страхования на случай болезни граждан, выезжающих за границу («МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT») (далее по тексту – договор страхования («МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT») с физическими и юридическими лицами (далее по тексту – Страхователи).
1.2. Страхование на случай болезни представляет собой совокупность видов страхования, предусматривающих осуществление страховой выплаты в фиксированной сумме и (или) в размере частичной или полной компенсации расходов застрахованного в связи с заболеванием и иным расстройством здоровья, за исключением страхования от несчастных случаев.
1.3. Понятия, используемые в настоящих Правилах:
Страхователь - гражданин или юридическое лицо, заключившее договор страхования со Страховщиком.
Застрахованный – лицо, в отношении которого осуществляется страхование. В случае если Страхователь заключил договор страхования в свою пользу, то он является Застрахованным.
Выгодоприобретатель – лицо, которое в соответствии с условиями договора страхования является получателем страховой выплаты.
Страховой случай - событие, с наступлением которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты.
Страховая выплата – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая.
Территория страхования - территория, где имеет силу договор страхования.
Ассистанс - сервисная компания, ответственная за организацию, координацию и контроль предоставления Застрахованному услуг, предусмотренных программой страхования на территории страхования.

Местные корреспонденты - международные ассистанские компании, привлекаемые Ассистансом в отдельных случаях для организации медицинских и медико-транспортных услуг за рубежом.
Медицинские расходы – расходы по оплате медикаментов и медицинских услуг, назначенных Застрахованному в соответствии с медицинскими показаниями в результате оказания медицинской помощи.
Экстренная стоматология – экстренное лечение собственных зубов Застрахованного после несчастного случая или при возникновении острой зубной боли с целью обеспечить обезболивание и их сохранение или удаление, исключая последующее восстановительное лечение
Срочная медицинская помощь (амбулаторное медицинское обслуживание) — предоставление медицинской помощи Застрахованному в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлинические услуги: осмотр и консультации врачей-специалистов, проведение лабораторных исследований и диагностики по экстренным неотложным показаниям для установления диагноза.
Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание) — консервативное (терапевтическое) и оперативное хирургическое лечение Застрахованного в стационаре, включая медикаментозное обеспечение, лабораторные исследования и диагностику, связанные с установлением диагноза.
Медико – транспортные расходы – медицинская эвакуация и посмертная репатриация.
Медицинская транспортировка (по показаниям) – транспортировка Застрахованного в медицинское учреждение на территории страхования, связанная с резким ухудшением его здоровья и необходимостью оказания ему медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических и/или стационарных условиях, и/или до ближайшего международного аэропорта с целью его медицинской эвакуации (репатриации) на специализированном медицинском или ином другом транспорте в присутствии квалифицированных специалистов.
Медицинская эвакуация– организация выезда Застрахованного из-за границы до ближайшего к месту его жительства международного аэропорта в Республике Казахстан либо международного аэропорта страны гражданства в случае когда расходы по пребыванию ТВ стационаре на территории страхования могут превысить установленный программой страхования объем ответственности Страховщика, или при условии отсутствия в стране временного пребывания возможности для предоставления требуемой медицинской помощи.
Посмертная репатриация – организация транспортировки тела умершего Застрахованного до ближайшего к месту захоронения международного аэропорта в Республике Казахстан либо международного аэропорта страны гражданства, исключая расходы по похоронам и погребению.
Медикаментозное обеспечение - снабжение Застрахованного необходимыми медикаментами, перевязочными материалами, медицинским инструментарием.
Чрезвычайные транспортные расходы - *расходы, связанные с оплатой транспорта для третьих лиц.* Если путешествующий в одиночку Застрахованный окажется госпитализированным на территории страхования и по профессиональному мнению врача состояние больного расценивается как критическое, Страховщик возмещает одному лицу, являющемуся близким родственником или супругом (-

ой) Застрахованного, расходы на приобретение билета в оба конца экономическим классом (плацкартным вагоном) для посещения больного. Расходы по проживанию этого лица в стране госпитализации Застрахованного Страховщиком не покрываются.

К чрезвычайным транспортным расходам также относятся расходы, связанные с возвращением детей Застрахованного. Если дети, находящиеся на иждивении Застрахованного, остаются на территории страхования без присмотра из-за болезни или несчастного случая с последним, Страховщик возмещает расходы за проезд в страну постоянного проживания экономическим классом. Для этого Застрахованный обращается в один из диспетчерских центров Ассистанса, а также возвращает Страховщику стоимость билета (-ов) (авиа, ж/д, авто, морским транспортом) за проезд детей, неиспользованного (-ых) в связи с наступлением страхового случая.

Близкие родственники – родители, дети, усыновители, усыновленные, полнородные и неполнородные братья и сестры, дедушка, бабушка, внуки.

Программа страхования - условия страхования с определенным лимитом ответственности Страховщика по расходам, связанным с внезапным заболеванием Застрахованного.

Внезапное заболевание – острое или неожиданное расстройство здоровья Застрахованного, возникшее в период действия страховой защиты, требующее срочного медицинского вмешательства с целью предотвращения дальнейшего ущерба здоровью или угрозы жизни Застрахованного.

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с необходимостью получения неотложной медицинской и медико-транспортной помощи, необходимых для восстановления здоровья застрахованного лица в результате внезапного заболевания и/или несчастного случая в объеме, предусмотренном условиями страхования.

2.2. Страхователем (-ями) (Застрахованным (-ми)) по договору страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА» могут выступать физические лица, многократно выезжающие за границу.

Страхователем (-ями) (Застрахованным (-ми)) по договору страхования «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С» могут выступать юридические лица, дееспособные граждане, заключающие договор страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц.

Страхователем (-ями) (Застрахованным (-ми)) по договору страхования «COMFORT» могут выступать физические лица, выезжающие за рубеж с целью совершения служебной командировки, отдыха либо по иной причине.

- юридические лица, направляющие своих сотрудников за пределы Республики Казахстан в деловые и иные поездки.

2.3. Застрахованными могут быть лица в возрасте от одного года до 65 лет.

2.4. Страхование граждан старше 65 лет и детей в возрасте до одного года проводится с применением поправочных коэффициентов.

РАЗДЕЛ 3. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ

3.1. Страховым случаем является событие, произошедшее с Застрахованным и повлекшее расходы, связанные со смертью или причинением вреда жизни и здоровью Застрахованного в результате несчастного случая, внезапного заболевания или обострения хронического заболевания или связанные с обращением Застрахованного за оказанием медицинской или медико – транспортной помощи в связи с внезапным заболеванием, прямо угрожающего жизни Застрахованного, причинения вреда здоровью в результате несчастного случая, острой зубной болью, требующей неотложной стоматологической помощи.

3.2. При наступлении страхового случая Страховщик посредством услуг Ассистанса (в отдельных случаях, местных корреспондентов) обязуется организовать предоставление медицинской и медико-транспортной помощи и произвести страховую выплату.

3.3. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе (Застрахованном).

3.4. В зависимости от условий страхования страхованием покрываются затраты по программам:

3.4.1. «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С».

№ п.п.	Покрываемые затраты	«СТАНДАРТ А» «МУЛЬТИ-ВИЗА»	«СЕРВИС В»	«ЛЮКС С»
1.	Медицинский совет по телефону	не более 2-х обращений в месяц		
2.	Экстренная стоматология	страховая сумма от 2 000 до 10 000 евро/долл — 100 евро/долл; страховая сумма от 15 000 до 30 000 евро/долл — 200 евро/долл; страховая сумма от 50 000 до 100 000 евро/долл — 300 евро/долл.		
3.	Амбулаторное медицинское обслуживание	не более 30 % от страховой суммы		в пределах страховой суммы
4.	Медикаментозное обеспечение, связанное с амбулаторным медицинским обслуживанием	не покрывается	не более 10 % от страховой суммы	в пределах страховой суммы
5.	Стационарное медицинское обслуживание	в пределах страховой суммы, но не более 10 дней		в пределах страховой суммы
6.	Медицинская транспортировка по показаниям	В пределах страховой суммы, но не более 2-х вызовов за весь период страхования		в пределах страховой суммы
7.	Медицинская эвакуация	в пределах страховой суммы		
8.	Специальная транспортировка (репатриация)	не покрывается	в пределах страховой суммы	
9.	Чрезвычайные транспортные расходы	не покрывается		в пределах страховой суммы

3.4.2. «Comfort»

СТРАНА ПРЕБЫВАНИЯ	Страны Евросоюза + Швецария (ЕВРО)			США, Канада, Япония, Австралия и Океания (USD)		
ПОКРЫВАЕМЫЕ РИСКИ	**30 000**	**50 000**	**70 000**	**50 000**	**70 000**	**100 000**
Медицинский совет по телефону	**покрывается**			**покрывается**		
Экстренная стоматология	**200**	**300**	**300**	**300**	**300**	**300**
Срочная медицинская помощь (амбулаторное медицинское обслуживание)	**25 300**	**42 200**	**59 200**	**42 200**	**59 200**	**84 700**
Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание)						
Медицинская транспортировка по показаниям						
Медицинская эвакуация						

Медикаментозное обеспечение, связанное с амбулаторным медицинским обслуживанием						
Медицинская репатриация (для медицинского лечения)						
Посмертная репатриация						
Чрезвычайные транспортные расходы	4 500	7 500	10 500	7 500	10 500	15 000

СТРАНА ПРЕБЫВАНИЯ	Турция (ЕВРО)			Страны Африки, Азии, Ближнего Востока, Латинской Америки и страны на территории континента Европа не входящие в Евроооюз, Турция (USD)		
ПОКРЫВАЕМЫЕ РИСКИ	**10 000**	**20 000**	**30 000**	**10 000**	**20 000**	**30 000**
Медицинский совет по телефону	покрывается			покрывается		
Экстренная стоматология	100	100	200	100	100	200
Срочная медицинская помощь (амбулаторное медицинское обслуживание)	8 400	16 800	25 300	8 400	18 400	27 550
Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание)						
Медицинская транспортировка по показаниям						
Медицинская эвакуация						
Медикаментозное обеспечение, связанное с амбулаторным медицинским обслуживанием						
Медицинская репатриация (для медицинского лечения)						
Посмертная репатриация						
Чрезвычайные транспортные расходы	1 500	3 100	4 500	1 500	1 500	2 250

СТРАНА ПРЕБЫВАНИЯ	Страны СНГ + Грузия, Украина (USD)		
ПОКРЫВАЕМЫЕ РИСКИ	**5 000**	**10 000**	**15 000**
Медицинский совет по телефону	покрывается		
Экстренная стоматология	100	100	200
Срочная медицинская помощь (амбулаторное медицинское обслуживание)	4 150	8 400	12 550
Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание)			
Медицинская транспортировка по показаниям			
Медицинская эвакуация			
Медикаментозное обеспечение, связанное с амбулаторным медицинским обслуживанием			
Медицинская репатриация (для медицинского лечения)			
Посмертная репатриация			
Чрезвычайные транспортные расходы	750	1 500	2 250

РАЗДЕЛ 4. ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Не подлежат страхованию лица, которые:

- являются инвалидами 1-2 групп по любому заболеванию, инвалидами детства;
- госпитализированы на момент заключения договора страхования по любому заболеванию;
- имеют медицинские противопоказания для осуществления зарубежной поездки.

4.2.Страховыми случаями не являются:

- ухудшение состояния здоровья или смерть Застрахованного, связанные с заболеваниями, имевшимися до начала срока страхования, независимо от того, проводилось по ним лечение или нет, и понесенными расходами, относящимися к этому лечению, а также если путешествие было противопо-

казано Застрахованному по состоянию здоровья и/или могло усугубить течение имевшегося заболевания (послужить причиной его обострения);

- хронические заболевания, любые их последствия и осложнения за исключением внезапных обострений, прямо угрожающих жизни Застрахованного;
- инфекционные и паразитарные заболевания, требующие госпитализации в инфекционный стационар и/или изолятор, в том числе туберкулез, полиомиелит, нейроинфекция, вирус атипичной пневмонии и их последствия независимо от клинической формы и стадии процесса;
- венерические заболевания и заболевания, передаваемые половым путем (хламидиоз, трихомоноз, гарнереллез, микоплазмоз, анальный, генитальный герпес и т.д.);
- инфекционные заболевания, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией и/или являющиеся следствием нарушения Застрахованным профилактических карантинных мероприятий после контакта с заболевшим;
- глубокие микозы, псориаз;
- системные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, дерматомиозит), системные васкулиты (узелковый периартрит, геморрагический васкулит), амилоидоз;
- врожденные аномалии и пороки развития;
- физические факторы (вибрация, ультразвук, электромагнитные излучения, электросварка, гипертермия, лазерные излучения, декомпрессия);
- психические заболевания, эпилепсия (первичная и симптоматическая) и их обострения, а также связанные с ними травматические повреждения, депрессии;
- онкологические заболевания, за исключением впервые диагностированных, онкогематологические заболевания. Расходы по первичному диагностированию онкологического/онкогематологического заболевания у Застрахованного лица в период действия Договора страхования, ограничиваются расходами по проведенным диагностическим исследованиям позволяющим установить признаки онкологического/онкогематологического заболевания;
- острые и хронические лучевые поражения;
- аллергии и дерматиты;
- сахарный диабет;
- хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови;
- лечение бесплодия, импотенции, подбор методов контрацепции, искусственное оплодотворение;
- заболевание сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку ИВР, кроме консервативного лечения;
- пластическая хирургия;
- ортодопедия, за исключением восстановления и/или коррекции после страхового случая, произошедшего в период действия договора страхования;
- острое отравление алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами;

- ухудшение состояния здоровья или смерть Застрахованного, наступившие во время пребывания за границей с целью получения лечения;
- причинение вреда здоровью (ухудшение состояния здоровья) или смерть Застрахованного, связанные с выполнением любых форм опасной работы в связи с любым делом, ремеслом или профессией, скачками, автогонками и соревнованиями, профессиональным или организованным спортом, дайвингом, альпинизмом, требующим использование веревок и проводников, спуском в пещеры, прыжками в воду, занятиями зимними видами спорта, любыми видами полетов (дельтапланеризм, аэро-парапланеризм, парашютный спорт и т.д.) за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным рейсом по установленному маршруту, если дополнительный риск не был оплачен дополнительным страховым взносом;
- причинение вреда здоровью (ухудшение состояния здоровья) или смерть Застрахованного, находящиеся в прямой причинно-следственной связи с умышленным нанесением самому себе и/или третьими лицами телесных повреждений (травм) с употреблением алкогольных напитков, несанкционированным употреблением наркотических средств или иных веществ, а также подвержение себя неоправданному риску за исключением необходимой обороны или крайней необходимости;
- заболевание гриппом;
- причинение вреда (ухудшение состояния здоровья) или смерть Застрахованного, связанные с любыми последствиями войны (объявленной или необъявленной), военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками; службы в вооруженных силах и формированиях любых стран; воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- солнечные ожоги, аллергии и дерматиты, связанные с солнечным ожогом.

4.3. Не возмещаются расходы, понесенные Застрахованным:

- находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- в связи с управлением им транспортным средством без соответствующего права, а также передачей им управления транспортным средством лицу, не имеющему соответствующего права управления транспортным средством;
- в связи с его умышленными действиями, направленными на возникновение страхового случая, либо способствующими его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
- в результате военных действий, народных волнений или участия Застрахованного в общественных беспорядках;

а также расходы, связанные с:

- косметологическим лечением и другими видами лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных аномалий;
- родовспоможением и абортами;

- лечением наследственных заболеваний;
- лечением туберкулеза и саркоидоза, независимо от клинической формы и стадии процесса;
- трансплантацией органов и тканей;
- лечением ВИЧ - инфекции, включая СПИД;
- лечением бесплодия у мужчин и женщин, контрацепцией, сексуальных расстройств.

Страховщик так же не возмещает расходы, не предусмотренные условиями страхования.

РАЗДЕЛ 5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ СУММ

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату.

5.2. Страховые суммы устанавливаются соглашением сторон и имеют следующие минимальные и максимальные пределы:

Договор страхования	**«Мультивиза»**	**«Стандарт А», «Сервис В», «Люкс С»**	**«Comfort»**
Минимальная страховая сумма	30 000 евро/ 5 000 долларов	2 000 евро/долларов	10 000 евро/ 5 000 долларов
Максимальная страховая сумма	70 000 евро/ 100 000 долларов Или иной размер установленный соглашением сторон	100 000 евро/долларов Или иной размер установленный соглашением сторон	70 000 евро/ 100 000 долларов Или иной размер установленный соглашением сторон

РАЗДЕЛ 6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» заключается в письменной форме путем:

- присоединения Страхователя к настоящим Правилам страхования и оформления страхового полиса;
- составления сторонами договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT».

6.2. Договор страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» заключается на основании письменного заявления Страхователя.

После получения заявления Страхователя Страховщиком могут быть затребованы документы, характеризующие степень риска.

6.3. После получения заявления Страхователя и оценки предполагаемого риска, Страховщик производит расчет страховой премии.

6.4. Оформление договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» производится после уплаты Страхователем страховой премии или страхового взноса.

РАЗДЕЛ 7. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» вступает в силу и становится обязательным для сторон с момента уплаты страхователем страховой премии, а при уплате ее в рассрочку - первого страхового взноса, если договором не предусмотрено иное.
7.2. Срок действия договора страхования определяется соглашением сторон и указывается в договоре страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT».
7.3. Период действия страховой защиты совпадает со сроком действия договора, если договором не предусмотрено иное.
7.4. Местом действия договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» является страна пребывания Застрахованного.

РАЗДЕЛ 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ

8.1. Страхователь вправе:
8.1.1. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования;
8.1.2. получить дубликат договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» в случае его утраты;
8.1.3. на получение объема медицинских услуг в соответствии с условиями страхования;
8.1.4. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT»;
8.1.5. в письменном виде сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг;
8.1.6. досрочно расторгнуть договор страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» в порядке, предусмотренном условиями страхования;
8.1.7. оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера.
8.1.8. получить страховую выплату в случаях, предусмотренных договором страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT».
8.2. Страхователь обязан:
8.2.1. предоставлять Страховщику достоверную информацию, необходимую для оценки страхового риска;
8.2.2. уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT»;
8.2.3. при утрате договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» в письменном виде сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;
8.2.4. информировать Страховщика о состоянии страхового риска;

8.2.5. уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, установленные условиями договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT»;
8.2.6. обеспечить переход к Страховщику права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
8.2.7. принять меры к уменьшению убытков от страхового случая;
8.2.8. следовать указаниям обследующих и лечащих врачей;
8.2.9. уполномочить врачей, медицинские организации и иных уполномоченных лиц выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы;
8.2.10. передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимую Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
8.3. Договором страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» могут быть предусмотрены другие права и обязанности Страхователя, не противоречащие законам Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВЩИКА

9.1. Страховщик вправе:
9.1.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT»;
9.1.2. при решении вопроса об осуществлении страховой выплаты, передать счета и иные полученные документы из медицинских учреждений на рассмотрение независимым экспертам для установления соответствия поставленного диагноза и правильности проведенного лечения;
9.1.3. изменять размер страховой премии в случае изменения стоимости медицинских услуг в период действия договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» с уведомлением Страхователя в порядке, предусмотренном условиями страхования;
9.1.4. до принятия на страхование потребовать любые дополнительные обследования и документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного;
9.1.5. досрочно прекратить или приостановить договор страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» в соответствии с условиями страхования;
9.1.6. проводить проверку представленных документов по страховому случаю, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также требовать дополнительного медицинского освидетельствования застрахованного лица;
9.1.7. отказать в осуществлении страховой выплаты в соответствии с условиями страхования;
9.1.8. расторгнуть договор страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» в случае если обнаружится, что Страхо-

ватель сообщил заведомо недостоверные сведения о состоянии здоровья Застрахованного и иных рисков, имеющих для Страховщика значение при оценке страхового риска при заключении договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT»;
9.1.9. расторгнуть договор страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» в случаях и порядке, предусмотренных условиями страхования;
9.1.10. не оплачивать медицинские услуги, оказанные Застрахованному сверх лимитов затрат, предусмотренных условиями страхования;
9.1.11. отказать в осуществлении страховой выплаты, если Страхователем (Застрахованным) не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
9.1.12. отказать в осуществлении страховой выплаты в случаях, предусмотренных условиями страхования.
9.2. Страховщик обязан:
9.2.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования (далее - Правила) и по его требованию представить (направить) копию Правил;
9.2.2. при наступлении страхового случая осуществить выплату в порядке и сроки, установленные соглашением сторон;
9.2.3. обеспечить предоставление медицинских услуг Застрахованному посредством услуг Ассистанса;
9.2.4. контролировать объем и качество оказываемой Застрахованному медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT»;
9.2.5. соблюдать тайну страхования.
9.3. Договором страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» могут быть предусмотрены другие права и обязанности Страховщика, не противоречащие законам Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 10. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

10.1. Страхователь (Застрахованный) немедленно, но не позднее 24 часов с момента наступления страхового случая должен уведомить о его наступлении Ассистанс либо непосредственно Страховщика по указанным в договоре телефонам для согласования обращения за медицинской и/или медико – транспортной помощью и расходов, связанных с ней. При этом следует сообщить следующую информацию:

- Ф.И.О. Застрахованного;
- номер договора страхования;
- подробное описание обстоятельств происшедшего случая и характер требуемой помощи;
- местонахождение Застрахованного и номер контактного телефона для обратной связи.

10.2. Страхователь (Застрахованный) обязан:
- согласовать свои действия с Ассистансом и следовать его инструкциям;

- при транспортировке в медицинское учреждение пользоваться только предоставленным Ассистансом средством транспортировки;
- обратиться в медицинскую организацию по согласованию с Ассистансом и/или Страховщиком, предъявив договор страхования и документ, удостоверяющий личность;
- при оказании медицинских услуг уплатить разницу, превышающую лимиты, установленные программой страхования;
- не препятствовать представителю Страховщика или Ассистанса в получении информации от лечащего врача о ходе лечения;
- принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры для уменьшения убытков.

Застрахованный соглашается и допускает передачу врачом, выполняющего обследование или лечение, Страховщику сведений, составляющих врачебную тайну.

10.3.В случае невыполнения условий, перечисленных в пункте 8.2. настоящего договора, Страховщик в связи с наступившим страховым случаем расходы не покрывает, расчеты с Ассистансом и/или Страхователем (Застрахованным) не производит.

10.4. В отдельных случаях, если по уважительным причинам Страхователь (Застрахованный) не уведомил Ассистанс и Застрахованному уже оказывается медицинская помощь, Страхователь (Застрахованный) или их представитель должен в течение 24 часов известить о происшедшем Ассистанс с предоставлением информации, указанной в пункте 8.1., а также указать наименование, адрес и контакты медицинского учреждения, оказывающего медицинские услуги.

10.5. В случае отсутствия диспетчерского центра Ассистанса в стране пребывания, Застрахованный оплачивает расходы самостоятельно, а Страховщик возмещает ему эти расходы в соответствии с условиями программы страхования при условии соблюдения требования об уведомлении Страховщика о наступлении страхового случая на основании письменного заявления и представленных документов.

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

11.1. Расходы по медицинским услугам, полученным Застрахованным через представительство Ассистанса (в отдельных случаях местных корреспондентов) в стране пребывания, возмещаются непосредственно Ассистансу, при этом расходы, превышающие страховую сумму, оплачиваются Застрахованным самостоятельно.

11.2. Для получения страховой выплаты в порядке, предусмотренном пунктом 10.5. настоящих Правил, Застрахованный представляет Страховщику:

1) заявление о страховой выплате;
2) договор страхования (его дубликат);
3) медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью и о проведенных

медицинских манипуляциях и продолжительности лечения, представленные на фирменном бланке с соответствующим штампом (оригиналы);
4) документ, подтверждающий наступление обстоятельств, в результате которых причинен вред жизни и/или здоровью Застрахованного;
5) оригиналы счетов врачей, медицинских учреждений, квитанции за оплату медикаментов (наличие рецептов обязательно), выписанные на имя Застрахованного;
6) оригиналы документов, подтверждающих телефонные переговоры со Страховщиком либо с Ассистансом;
7) амбулаторная карта, копии проездных билетов (по требованию Страховщика);
8) копию паспорта Застрахованного с отметками пограничного контроля о пересечении государственной границы Республики Казахстан;
9) счета медицинского учреждения за оказанные услуги с указанием фамилии, имени, отчества пациента, даты обращения, установленного диагноза, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости;
10) нотариально заверенные копии свидетельства о смерти, выданные в стране, где был зарегистрирован факт смерти, квитанции по оплате услуг репатриации – в случае смерти Застрахованного;
11) копия заграничного паспорта с отметками о пересечении границы;
12) документы, необходимые для перечисления страховой выплаты, документ, удостоверяющий личность.

Для решения вопроса о выплате Страховщик вправе запросить дополнительные документы, влияющие на ее размер.

Документы, относящиеся к страховому случаю, должны быть представлены Страховщику с переводом на государственный или русский язык, заверенные штампом апостиля.

Заявление на осуществление страховой выплаты по страховому случаю должно быть представлено Страхователем (Застрахованным) в письменной форме в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента прибытия на территорию Республики Казахстан.

В случае не предоставления Страхователем (Застрахованным) всех документов, необходимых для принятия решения о страховой выплате, Страховщик в течение 7 (семи) рабочих дней с момента получения первоначального пакета документов письменно уведомляет заявителя об этом.

11.3. В случае представления Страхователем (Застрахованным) неполного пакета документов, предусмотренных статьей 11.2 настоящих Правил страхования, Страховщик обязан не позднее семи рабочих дней письменно уведомить Страхователя (Застрахованного) о недостающих документах.

РАЗДЕЛ 12. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

12.1. Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая при наступлении страхового случая.

12.2. Страховая выплата производится за учетом ранее произведенных выплат. Общая сумма страховых выплат по страховым случаям, произошедшим в период

действия страховой защиты, не может превышать страховой суммы, определенной договором страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT».
12.3. Расходы по медицинским услугам, полученным Застрахованным через представительство Ассистанса (в отдельных случаях местных корреспондентов) в стране пребывания, возмещаются непосредственно Ассистансу, при этом расходы, превышающие страховую сумму, оплачиваются Застрахованным самостоятельно.
12.4. Размер страховой выплаты определяется по рыночному курсу валюты договора, установленного Национальным банком Республики Казахстан на день заключения договора страхования.
12.5. Возмещение понесенных расходов при условии признания случая страховым производится Страховщиком в 15-дневный срок, не считая выходных и праздничных дней, с момента представления указанных в п. 11.1. настоящего раздела документов в пределах страховой суммы, определенной условиями страхования.
12.6. Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также проводить медицинское освидетельствование застрахованного лица доверенным врачом Страховщика. При необходимости получения дополнительной информации, срок принятия решения о страховой выплате, может быть увеличен до 30-ти рабочих дней.
12.7. В случае возбуждения уголовного дела, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем, Страховщик вправе отсрочить страховую выплату до даты принятия правоохранительными органами решения о прекращении уголовного дела или до даты вступления в законную силу решения суда.
12.8. Не подлежат возмещению:

- расходы по эвакуации/репатриации в случае болезней или травм, которые, по мнению назначенного Страховщиком медицинского консультанта, поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного;
- расходы в отношении любой эвакуации и/или репатриации, не организованной Страховщиком, а также расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного проживания;
- расходы, связанные с пластической восстановительной хирургией и всякого рода протезированием, включая зубное и глазное, а также расходы по оплате хирургических вмешательств на сердце и сосудах (аортокоронарное шунтирование и др.) даже при наличии медицинских показаний к их проведению, трансплантация органов и/или тканей, пластические операции;
- расходы, связанные с лечением «нетрадиционными» методами (методами народной медицины) всех видов;
- лечебный массаж и мануальная терапия, любые профилактические обследования, общие медицинские осмотры, прививки;

- расходы на санаторно-курортное лечение, санаторий, терапевтический или попечительский уход;
- плановые расходы, связанные с беременностью (включая осложнения) и ее прерывание;
- расходы, связанные с родами и родовспоможением;
- расходы, связанные с лечением вируса иммунодефицита, включая СПИД и его последствия (осложнения);
- понесенные расходы немедицинского характера;
- расходы, связанные с заболеванием или последствиями (осложнениями) заболевания всеми видами гепатита;
- расходы, связанные с лечением Застрахованного и/или уходом за ним, осуществляемые его родственниками, независимо от того, являются ли они дипломированными медицинскими работниками;
- расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;
- расходы, произведенные с наступлением случая, происшедшими до начала действия срока страхования и по его истечении, а также расходы, которые имели место после возвращения Застрахованного в страну постоянного проживания;
- расходы, произведенные Застрахованным в качестве пассажира при железнодорожных переездах и воздушных перелетах в любом средстве транспорта, не принадлежащем зарегистрированному перевозчику;
- расходы по случаю, наступившему вследствие грубой неосторожности Страхователя/Застрахованного;
- моральный вред, упущенная выгода, неустойка, штрафы, пени и иные косвенные убытки.

12.9. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты полностью либо частично если Страхователь (Застрахованный):

1) сообщил заранее искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения договора страхования;

2) не известил либо своевременно не известил о страховом случае в порядке и сроки, по форме установленной условиями страхования;

3) не представил в установленный договором срок либо после направления уведомления документы и сведения, необходимые для установления причин, характера несчастного случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;

4) получил соответствующее возмещение от лица, виновного в причинении вреда;

5) препятствовал Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера вреда, причиненного его здоровью, в том числе не предоставил Страховщику письменного заявления о выдаче по его запросу документов необходимых для расследования обстоятельств наступления страхового случая;

6) совершил действия, направленные на возникновение страхового случая, в которых судом установлены признаки умышленного преступления, за исключением

действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
7) воспользовался услугами медицинских учреждений, не входящих в медицинскую сеть и/или не рекомендованных Ассистансом;
8) Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
9) умышленно не принял меры по уменьшению убытков от страхового случая.

РАЗДЕЛ 13. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

13.1. Срок действия договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» определяется соглашением сторон.
13.2. Действие договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» считается прекращенным в случаях:
1) истечения срока действия договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» - в 24.00 часа дня, обозначенного как его окончание;
2) досрочного расторжения договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» по инициативе одной из сторон;
3) исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» в полном объеме (в размере страховой суммы);
4) при сообщении Страхователем заведомо ложных сведений при заключении договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT»;
5) иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан.
13.3. Для досрочного прекращения договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» инициирующая сторона письменно уведомляет другую сторону о возникновении обстоятельств, влекущих его досрочное расторжение, с приложением подтверждающих документов.
13.4. При полном расторжении договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» без заключения нового договора страхования до начала срока его действия по причине отказа уполномоченных органов в открытии визы, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме, по любой другой уважительной причине размере 50 (пятьдесят) % от уплаченной страховой премии, а в случае отказа Страхователя от договора после начала срока его действия, уплаченная страховая премия не возвращается (независимо от причин расторжения).
13.5. При расторжении договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» с одновременным заключением нового договора страхования, ранее уплаченная страховая премия по письменному

заявлению Страхователя засчитывается в счет уплаты страховой премии по новому договору страхования.

РАЗДЕЛ 14. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

14.1. Застрахованный, Страхователь и Выгодоприобретатель несут ответственность за достоверность предоставленных Страховщику документов и соблюдение условий договора «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT».
14.2. Любые извещения, соглашения, заявления, уведомления, объяснения, изменения и дополнения, относящиеся к договору страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT», должны быть оформлены в письменной форме.
14.3. Любое уведомление должно направляться способом, позволяющим подтвердить его отправку.
14.4. В случае утери договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат.
14.5. Расходы Страховщика на ведение дела при оформлении дубликата договора страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» в случае его утери возмещаются Страхователем (Застрахованным) в размере 0,1 месячного расчетного показателя, установленного в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан, на дату подачи заявления.
14.6. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении условий страхования в соответствии с требованиями действующего законодательства.

РАЗДЕЛ 15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Споры по договорам страхования «МУЛЬТИ-ВИЗА», «СТАНДАРТ А», «СЕРВИС В», «ЛЮКС С», «COMFORT» между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.