

УТВЕРЖДЕНЫ
Решением Совета директоров
АО «Страховая компания «АСКО»
Протокол СД № 02-16
«11» января 2016 г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ

(с изменениями, утвержденными протоколом СД №45-18 от 09 октября 2018 года)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. АО "СК "АСКО" на основании настоящих Правил добровольного страхования на случай болезни (далее по тексту - Правила страхования) и действующего законодательства Республики Казахстан заключает с гражданами и юридическими лицами договоры добровольного страхования на случай болезни, по условиям которых организует предоставление и оплату медицинских, медико-транспортных услуг, услуг по эвакуации и репатриации, а также иных услуг по программам страхования.

1.2. Понятия, используемые в настоящих Правилах:

Страховщик – АО "СК "АСКО".

Страхователь - гражданин или юридическое лицо, заключившее договор страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованные).

Застрахованный – лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страхователь одновременно является Застрахованным. Страхователь может в договоре страхования определить третье лицо в качестве Застрахованного.

Выгодоприобретатель – лицо, которое в соответствии с условиями договора страхования является получателем страховой выплаты.

Страховой случай - событие, с наступлением которого настоящие Правила и договор страхования предусматривают осуществление страховой выплаты.

Несчастный случай – наступившее вопреки воле человека внезапное кратковременное событие (происшествие) в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на организм Застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть.

Телесные повреждения – нарушение физической целостности организма Застрахованного, возникшее в период действия страховой защиты.

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

Страховая премия – сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату в размере, определенном договором страхования.

Страховая выплата – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая.

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

Франшиза – предусмотренное условиями договора страхования освобождение Страховщика от возмещения убытков, не превышающих определенный размер.

Выжидательный период – промежуток времени, в течение которого обращение застрахованного лица за медицинскими услугами не является страховым случаем. При этом обязательства Страховщика по договору страхования возникают по случаям, произошедшим по окончании выжидательного периода.

Территория страхования - территория, где имеет силу договор страхования.

Медицинские учреждения – имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторно-профилактические учреждения, оказывающие в соответствии с договором возмездного оказания медицинских услуг, медицинскую помощь, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии.

Ассистанс - сервисная компания, осуществляющая помощь Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю), попавшему в затруднительное положение во время его путешествия либо его нахождения вдалеке от места жительства, в виде денег и (или) в натурально-вещественной форме через медицинское содействие вследствие наступления страхового случая.

Договор страхования - соглашение между Страхователем и Страховщиком о том, что Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать предоставление застрахованному лицу в пределах установленной страховой суммы медицинских, медико-транспортных услуг, услуг по эвакуации и репатриации, а также иных услуг, предусмотренных договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.

Договоры страхования могут заключаться в индивидуальной и коллективной форме:

- договор коллективного страхования заключается с юридическими лицами в пользу третьих лиц;
- договор индивидуального страхования заключается с физическими лицами в свою пользу или в пользу третьих лиц.

Идентификационная страховая карточка - документ, подтверждающий право Застрахованного на получение медицинской помощи в рамках программы страхования на случай болезни.

Заявление-анкета - форма установленная Страховщиком, на основании которой оформляется договор страхования и оговариваются условия страхования.

Медицинские расходы – расходы по оплате медикаментов и медицинских услуг, назначенных Застрахованному в соответствии с медицинскими показаниями в результате медицинской помощи.

Медико-транспортные расходы – медицинская репатриация и эвакуация.

Стационарная помощь - предусматривает оказание медицинской помощи Застрахованному в условиях стационара при остром заболевании, обострении хронического заболевания, требующих медицинского вмешательства.

Амбулаторная помощь - предусматривает оказание медицинской помощи Застрахованному при его обращении в поликлинику к участковому врачу по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания.

Скорая помощь (неотложная медицинская помощь) - предусматривает оказание медицинской помощи при возникновении у Застрахованного угрожающих жизни состояний, вызванных острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, требующих неотложного медицинского вмешательства.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

2.1. Объектом страхования является имущественный интерес, связанный с обращением застрахованного лица в медицинское учреждение, сервисную и/или ассистанскую компанию, и /или иное учреждение, входящее в медицинскую сеть, организованную Страховщиком, за медицинскими, медико-транспортными услугами, услугами по эвакуации и репатриации в рамках программ страхования, предоставляемыми застрахованному лицу в период действия договора страхования.

2.2. Страхователями по договору страхования могут быть:

- 1) дееспособные граждане, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (в дальнейшем по тексту - Застрахованные);
- 2) юридические лица, заключающие договоры страхования в отношении третьих лиц (в дальнейшем по тексту - Застрахованные).

2.3. Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора страхования:

- младше 1 года либо старше 65 лет;
- состоят на учете в наркологических, психоневрологических, онкологических, кожно-венерических и инфекционных диспансерах;
- больны синдромом приобретенного иммунодефицита (далее по тексту – СПИД) или являются носителями вируса СПИДа;
- являются инвалидами 1 и 2 групп по любому заболеванию;
- госпитализированы.

2.4. Если в период действия договора страхования установлено, что застрахованное лицо, в связи с диагностированным у него заболеванием, подлежит учету в перечисленных выше диспансерах, получило первую группу инвалидности, больно СПИДом или является носителем вируса СПИД, Страховщик имеет право не производить оплату услуг по этим заболеваниям.

2.5. Договоры страхования, если иное не оговорено сторонами договора, заключаются без предварительного медицинского освидетельствования.

2.6. Для определения принадлежности застрахованного лица к группе здоровья на момент заключения договора страхования необходимо заполнение им заявления-анкеты или проведение предварительного медицинского освидетельствования.

2.7. На основании данных, сообщенных в заявлении-анкете или по результатам предварительного медицинского освидетельствования застрахованного лица могут быть установлены следующие группы здоровья:

- 1 группа включает практически здоровых лиц, с отсутствием хронических заболеваний, функциональных отклонений в органах и объективных изменений;
- 2 группа включает лиц, с установленным диагнозом хронического заболевания при отсутствии обострения в течение 2 лет;
- 3 группа включает лиц, имеющих одно или несколько хронических заболеваний, а также инвалидов 2 или 3 группы.

2.8. Страховщик вправе потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования застрахованного лица. При отказе застрахованного лица от прохождения предварительного медицинского освидетельствования Страховщик вправе самостоятельно установить застрахованному лицу вторую или третью группу здоровья либо отказать в заключении договора страхования.

3. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ СУММ.

3.1. Страховая сумма устанавливается в договоре страхования, но не может быть ниже суммы, установленной Страховщиком по конкретной программе страхования.

3.2. Страхователь может по согласованию со Страховщиком для всех застрахованных лиц (коллективное страхование) выбрать программу и установить одинаковую страховую сумму или установить ее размер индивидуально для каждого застрахованного лица.

3.3. Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право в течение срока действия договора страхования увеличить размер страховой суммы, расширить или изменить перечень программ страхования для конкретного застрахованного лица с доплатой соответствующего страхового взноса, что оформляется дополнительным соглашением.

4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ.

4.1. Страховая премия определяется Страховщиком в каждом конкретном случае, исходя из размера страховой суммы, объема медицинских услуг, срока действия договора страхования, территории страхового покрытия с учетом информации, предоставленной Страхователем (застрахованным лицом) в анкете, результатов предварительного медицинского освидетельствования (по усмотрению Страховщика) и иных условий, предусмотренных договором страхования.

4.2. Размер страховой премии может быть изменен в связи с изменениями срока страхования и факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.

В случае несвоевременной уплаты страховой премии, в том числе подлежащей уплате в рассрочку, Страховщик имеет право взыскать со Страхователя неустойку.

4.3. Если страховой случай наступил до уплаты очередного взноса страховой премии, срок уплаты которого не наступил, Страховщик вправе при определении размера страховой выплаты зачесть сумму оставшейся страховой премии.

4.4. Если к моменту наступления страхового случая страховая премия, подлежащая уплате единовременно внесена не полностью, страховая выплата подлежит уменьшению в размере прямо пропорционально тому, как если бы страховая премия была бы уплачена в полном объеме. В последующем после уплаты оставшейся части страховой премии, защита пополняется на соответствующую часть страховой суммы.

4.5. При изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменении ее стоимости, размер страховой премии и страховой суммы в рамках программы страхования может быть изменен по соглашению сторон. В случае повышения в период действия договора страхования стоимости услуг в медицинском учреждении, сервисной и/или ассистанской компании, Страховщик имеет право пересмотреть размер очередного страхового взноса или соразмерно сократить срок действия договора страхования, что оформляется дополнительным соглашением к договору страхования. В случае если Страхователь откажется заключить данное соглашение, Страховщик имеет право в одностороннем порядке расторгнуть договор страхования.

4.6. Страховщик имеет право увеличить стоимость договора страхования при наличии условий, определяющих увеличение затрат на медицинское обслуживание.

4.7. При установлении в период действия договора страхования застрахованному лицу группы инвалидности Страховщик вправе увеличить размер страховой премии или уменьшить срок действия договора страхования в отношении данного застрахованного лица, что оформляется дополнительным соглашением к договору страхования. В случае если Страхователь откажется заключить данное соглашение, Страховщик имеет право в одностороннем порядке расторгнуть договор страхования.

4.8. При заключении договоров страхования на срок менее 12 месяцев при отсутствии повышенных рисков страховая премия может быть уменьшена путем умножения страховой премии, исчисленной в соответствии с тарифами, на коэффициент периода действия договора:

Период действия договора	Коэффициент
До 3 месяцев	0,5
От 3 месяцев до 6 месяцев	0,7
От 6 месяцев до 9 месяцев	0,9
От 9 месяцев по 12 месяцев	1,0

5. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ.

5.1. Страховым случаем является возникновение расходов, указанных в пункте 5.2. настоящей статьи в период срока действия договора страхования и пребывания Застрахованного на территории страхования. Расходы подлежат компенсации Страховщиком согласно условиям договора страхования (выбранной программы страхования).

5.2. Компенсации подлежат следующие расходы в зависимости от условий программы:

- расходы, потребовавшиеся для госпитализации, хирургического или медикаментозного лечения, включая уход на дому (в гостинице), предоставляемый или предписанный врачом;
- расходы на стоматологическое лечение: осмотр, рентгеновское исследование, удаление или пломбирование зубов;
- расходы на предоставление консультационных услуг врача-специалиста;
- расходы на транспортировку Застрахованного в медицинское учреждение машиной скорой помощи при наступлении страхового случая, в т.ч. расходы на транспортировку Застрахованного в страну постоянного проживания при

этом Страховщик оплачивает услуги скорой помощи по доставке Застрахованного в медицинское учреждение при условии, что состояние Застрахованного допускает его эвакуацию, при этом Страхователь (Застрахованный) должен вернуть стоимость билета за проезд (-авиа, ж/д, авто, морским транспортом), неиспользованного в связи с наступлением страхового случая;

- 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 может предоставить одному лицу, являющемуся близким родственником (мать, отец, брат, сестра, сын, дочь) или супругом (-ой) Застрахованного билет в оба конца экономическим классом (плацкартным вагоном) для посещения больного. Расходы по проживанию этого лица в стране госпитализации Застрахованного Страховщиком не покрываются;
- 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 оплачивает им проезд в страну постоянного проживания экономическим классом. Для этого Застрахованный обращается в один из диспетчерских центров сервисной компании, при этом Застрахованный должен возратить Страховщику стоимость билета (-ов) за проезд (авиа, ж/д, авто, морским транспортом) детей, неиспользованного в связи с наступлением страхового случая;
- расходы, связанные с репатриацией тела (останков) Застрахованного. Страховщик организывает и оплачивает репатриацию тела (останков) Застрахованного до ближайшего к месту захоронения областного центра в Республике Казахстан. При этом Страховщик не несет расходов на ритуальные услуги и погребение.

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

5.4. Иные расходы, не предусмотренные настоящими Правилами, могут быть включены в договор страхования по соглашению сторон.

5.5. Страховщик организует предоставление Застрахованным лицам своевременной, квалифицированной и адекватной медицинской помощи в медицинских учреждениях или через Ассистанскую сервисную компанию в соответствии с программой, выбранной Страхователем при заключении договора страхования.

5.6. Объем медицинской помощи и условия ее предоставления определяются в рамках выбранной Страхователем программы страхования.

6. ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ.

6.1. 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

противопоказано 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;
- профессиональные заболевания: хронические интоксикации, вызванные воздействием химических производственных факторов (меланодермия, литейная лихорадка, тефлоновая лихорадка, пневмокониозы), заболевания, вызываемые воздействием физических факторов (вибрацией, ультразвуком, электромагнитными излучениями, электросваркой, гипертермией, лазерными излучениями, декомпрессией);
- 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;
- 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;
- ортопедия, за исключением восстановления и/или коррекция после страхового случая, произошедшего в период действия договора страхования;
- острое отравление алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами;

- ухудшение состояния здоровья или смерть застрахованного лица, связанные с целью получения лечения во время пребывания за границей;
- причинение вреда здоровью (ухудшение состояния здоровья) или смерть застрахованного лица, связанных с выполнением любых форм опасной работы в связи с любым делом, ремеслом или профессией, скачками, автогонками и соревнованиями, профессиональным или организованным спортом, альпинизмом, требующим использование веревок и проводников, спуском в пещеры, прыжками в воду с трамплина, занятиями зимними видами спорта, любыми видами полетов (дельтапланеризм, аэро-парашютеризм, 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 лица, находящихся 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 поведением себя неоправданному риску за исключением необходимой обороны или крайней необходимости;
- заболевание гриппом;
- причинение вреда (ухудшение состояния здоровья) или смерть застрахованного лица, 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;
- иные случаи, предусмотренные условиями страхования.

6.2. Страховщик не возмещает расходы, связанные с несчастными случаями и/или повреждениями здоровья, наступившими:

- в состоянии или в результате алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного, в связи с управлением им транспортным средством без соответствующего права, а также передачей им управления транспортным средством или не имеющему соответствующего права управления транспортным средством;
- в связи с умышленными действиями Застрахованного, 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.

6.3. Не возмещаются расходы, связанные с:

- косметологическим лечением и другими видами лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных аномалий;
- проведением родов и абортов;
- 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;
- иные расходы, предусмотренные условиями страхования.

7. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

7.1. Договор страхования заключается на период, согласованный Страхователем и Страховщиком.

7.2. Территорией страхования является территория, указанная в договоре страхования.

7.3. Исключаются из территории действия договора страхования:

- государства, на территории которых ведутся военные действия;
- государства, в отношении которых применены экономические и/или военные санкции;
- территории, в пределах которых обнаружены очаги эпидемий.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

8.1. Для заключения договора страхования на случай болезни Страхователь оформляет заявление-анкету, которая является составной и неотъемлемой частью договора страхования.

8.2. До заключения договора страхования лицо, в пользу которого заключается договор страхования, заполняет заявление-анкету о состоянии своего здоровья.

8.3. На основании полученных данных Страховщик принимает решение о заключении договора страхования.

8.4. Для оформления договора страхования на случай болезни Страховщиком могут быть затребованы дополнительные документы, подтверждающие данные, указанные в заявлении-анкете и характеризующие степень риска.

8.5. Страховщик обеспечивает Застрахованных идентификационной страховой карточкой в течение 5 дней после начала действия договора страхования. Застрахованному запрещается передавать именную страховую карточку другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В случае утраты Страхователем (Застрахованным) идентификационной страховой карточки, он должен незамедлительно сообщить об этом Страховщику в письменном виде, после чего утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг, взамен Страхователю выдаются новые. При утрате страховой карточки в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается стоимость её изготовления в размере до 1 МРП.

8.6. При коллективном страховании, к заявлению-анкете должен быть приложен список Застрахованных по указанной Страховщиком форме.

8.7. При коллективном страховании Страхователь имеет право заменить застрахованное лицо при условии отсутствия страховых выплат. В данном случае в договор страхования могут быть внесены изменения путем заключения дополнительного соглашения на период действия основного договора страхования

на основании письменного заявления Страхователя с соблюдением условий 8.2. – 8.4. настоящего раздела. Действие страховой защиты в отношении такого лица осуществляется в рамках ранее заключенного коллективного договора страхования.

8.8. В период действия договора страхования Страхователь имеет право дополнительно включить застрахованных лиц с соответствующей процедурой оценки страхового риска и уплатой дополнительной страховой премии.

8.9. При наступлении страхового случая Страхователь (Застрахованный) освобождает врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

8.10. Договор страхования может быть заключен как на случай наступления всех событий предусмотренных настоящими Правилами, так и их части. Конкретный перечень событий, и случаи их наступления в договоре страхования устанавливается соглашением сторон.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

9.1. Страхователь имеет право:

- на предоставление медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях;
- осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;
- в течение срока действия договора страхования расширять 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. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня, следующего за днем поступления страховой премии по нему;
- в письменном виде сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг;
- досрочно расторгнуть договор страхования с обязательным письменным уведомлением Страховщика не позднее, чем за 30 дней до даты предполагаемого расторжения;
- получить дубликат договора страхования и идентификационной страховой карточки в случае их утраты;
- застраховать дополнительное количество лиц или прекратить действие договора страхования в отношении части застрахованных лиц.

9.2. Страховщик имеет право:

- проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора страхования;
- 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;
- выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи по договорам страхования на случай болезни и заключать с ними договоры на предоставление медицинских услуг;
- устанавливать размер страховой премии в соответствии со своими тарифами;

- изменять размер страховой премии в случае изменения стоимости медицинских услуг в период действия договора страхования с уведомлением Страхователя за 15 календарных дней;
- до принятия на страхование потребовать любые дополнительные обследования и документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного;
- отказать в заключении договора страхования на основании результатов предварительного анкетирования и медицинского обследования;
- досрочно прекратить или приостановить договор страхования в соответствии с настоящими Правилами;
- отказать в осуществлении страховой выплаты в соответствии с условиями страхования;
- расторгнуть договор страхования в случае если обнаружится, что Страхователь сообщил заведомо недостоверные сведения о состоянии здоровья Застрахованного и иных рисков, имеющих для Страховщика значение при оценке страхового риска при заключении договора страхования, а также при передаче идентификационной страховой карточки постороннему лицу;
- расторгнуть договор страхования, в случае неуплаты Страхователем страховых премий в установленные договором страхования порядки и сроки;
- не оплачивать медицинские услуги, оказанные Застрахованному, если они получены в медицинских учреждениях, не оговоренных договором страхования, если иное не предусмотрено в договоре страхования;
- отказать в осуществлении страховой выплаты, если Страхователями не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
- в случае если медицинское учреждение, выбранное Страхователем, прекращает свою деятельность, изменить договор страхования в отношении данных Застрахованных в части определения другого медицинского учреждения с аналогичным уровнем цен на медицинские услуги. В случае несогласия Страхователя либо Застрахованного, Страховщик расторгает договор страхования и возвращает Страхователю уплаченные страховые премии за не истекший период действия договора страхования за вычетом понесенных расходов;
- предъявлять требования к Страхователю (Застрахованному) на сумму оплаченных Страховщиком услуг, если эти расходы не подлежали к выплате Страховщиком в соответствии с настоящими Правилами.

9.3. Страхователь обязан:

- предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся оценки страхового риска;
- уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;
- обеспечить сохранность идентификационной карточки и не передавать ее третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- при утрате договора страхования, в письменном виде сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;

- при наступлении страхового случая в течение 3 банковских дней, если иное не предусмотрено в договоре страхования, известить Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения;
- обеспечить переход к Страховщику права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая.
- информировать Страховщика о состоянии страхового риска;
- принять меры к уменьшению убытков от страхового случая.

9.4. Страховщик обязан:

- ознакомить Страхователя (Застрахованного) с условиями страхования и по его требованию представить (направить) копию настоящих Правил;
- выдать Застрахованному идентификационную страховую карточку установленной формы;
- при наступлении страхового случая осуществить выплату в порядке и сроки, установленные в договоре;
- контролировать объем и качество оказываемой Застрахованному медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования и в рамках выбранной программы добровольного страхования на случай болезни;
- соблюдать тайну страхования,
- обеспечить предоставление медицинских услуг Застрахованному в другом медицинском учреждении при отсутствии возможности оказания медицинской помощи Застрахованному в указанном в страховой программе медицинском учреждении;
- возместить Страхователю (Застрахованному) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае

9.5. Обязанности страхователя, не являющегося Застрахованным, возлагаются на застрахованное лицо.

9.6. Условиями договора страхования может быть установлен иной перечень прав и обязанностей сторон.

10. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.

10.1. Застрахованный должен обратиться только в те медицинские учреждения, которые входят в сеть, организованную Страховщиком для надлежащего исполнения заключенных договоров страхования. Перечень таких учреждений является неотъемлемой частью договора страхования.

10.2. Страхователь (Застрахованный) обязан сообщить Страховщику или уполномоченному им лицу о наступлении страхового случая в течение 3-х банковских дней, если состояние его здоровья не является препятствием для этого, а также сообщить:

- фамилию, имя, отчество застрахованного лица, номер идентификационной карточки, описание обстоятельств происшедшего и характер требуемой помощи, местонахождение Застрахованного лица и номер контактного телефона для обратной связи.

10.3. При оказании медицинской помощи застрахованное лицо должно предъявить медицинскому персоналу идентификационную карточку.

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

11.1. Для осуществления страховой выплаты Застрахованный обязан предъявить Страховщику:

- 1) договор страхования (его дубликат);
- 2) копию идентификационной страховой карточки;
- 3) справку о периоде болезни и проведенном лечении (медицинский документ);
- 4) счета за медицинское обслуживание, лечение и лекарственные препараты, табуляграммы выезда бригады скорой медицинской помощи и семейных врачей, рентген снимки, результаты ультразвуковых исследований и т.д.;
- 5) документ, удостоверяющий личность.

При необходимости для решения вопроса о выплате Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, влияющие на степень оплаты.

12. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ.

12.1. Размер страховой выплаты определяется на основании медицинских документов, в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

12.2. 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.

12.3. По медицинским показаниям могут быть предоставлены медико-транспортные услуги, услуги по эвакуации и репатриации. Страховщик производит оплату медицинским учреждениям, сервисным и/или ассистанским компаниям, и /или иным учреждениям оказанных застрахованным лицам при наступлении страхового случая услуг в пределах страховой суммы. Услуги предоставляются в порядке и на условиях, предусмотренных договором и программами страхования.

12.4. При наступлении страхового случая Страховщик организует предоставление медицинской, медико-транспортной помощи, помощи в репатриации, и осуществляет страховую выплату в пределах оговоренной в договоре страхования страховой суммы (в зависимости от выбранной программы страхования) в пределах расходов:

- связанных с оказанием скорой и неотложной медицинской помощи;
- по амбулаторному лечению, включая расходы на врачебные услуги, диагностические исследования, назначенные врачом медикаменты, перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж);
- по лечению острой зубной боли;
- связанные с пребыванием и лечением в стационаре (в палате стандартного типа), включая расходы по проведению операций, диагностических исследований, а также по оплате назначенных врачом медикаментов, перевязочных средств и средств фиксации (гипс, бандаж);
- на медико-транспортные услуги;
- по медицинской репатриации застрахованного лица из-за границы до места постоянного жительства застрахованного лица или до ближайшего медицинского учреждения по месту постоянного места жительства;

- по репатриации останков Застрахованного.

12.5. Страховая выплата производится после получения всех сведений и документов, их подтверждающих, об оказанных услугах, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным застрахованным лицам.

Страховщик анализирует полученные документы, сверяет соответствие внесенных в него услуг перечню страховых услуг, за которые он несет ответственность в рамках программы страхования и проверяет правильность указания в счете стоимости каждой услуги.

Все расходы, связанные с оплатой счетов из лечебных учреждений, входящих в медицинскую сеть покрываются в рамках программ страхования на 100%, если иное не предусмотрено договором.

В случае если оказанная медицинская помощь выходит за рамки выбранной Страхователем (Застрахованным) программы страхования, то оплата за оказанную медицинскую помощь производится Страхователем (Застрахованным) по предоставленному медицинским учреждением счету самостоятельно.

12.6. В случае прикрепления Страхователя к Ассистанской компании выплата осуществляется в соответствии с условиями договора, заключенного между Страховщиком и Ассистанской компанией. Порядок возмещения расходов на получение медицинской помощи через сеть Ассистанской компании отражается в договоре страхования.

13. СРОК УВЕДОМЛЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ ИЛИ ЗАСТРАХОВАННОГО О НЕДОСТАЮЩИХ ДОКУМЕНТАХ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

13.1. Страховщик обязан в случаях непредставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) либо их представителем всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить их о недостающих документах не позднее 7 (семи) рабочих дней со дня получения им письменного заявления об осуществлении страховой выплаты.

14. СРОКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ ИЛИ ОТКАЗЕ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.

14.1. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями договора страхования.

14.2. Решение о производстве страховой выплаты принимается Страховщиком в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с момента получения документов, указанных в разделе 11 настоящих Правил.

14.3. При необходимости получения дополнительной информации по страховому случаю, срок осуществления страховой выплаты может быть увеличен до 45 (Сорок пяти) рабочих дней.

14.4. 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.

14.5. Основанием для отказа в осуществлении страховой выплаты являются:

- сообщение заранее искаженных сведений о здоровье Застрахованного на момент заключения договора страхования;

- не извещение либо не своевременное извещение Страховщика о страховом случае в порядке и сроки, по форме установленной условиями страхования;
- не представление Страховщику в установленный договором страхования срок либо после направления уведомления документы и сведения, необходимых для установления причин, характера несчастного случая и его связи с наступившим результатом, или представление заведомо ложных доказательств;
- препятствование Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера вреда, причиненного его здоровью;
- совершение действия, направленных на возникновение страхового случая, в которых установлены признаки умышленного преступления, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
- пользование услугами медицинских учреждений, не входящих в медицинскую сеть Страховщика;
- не выполнение предписаний лечащего врача или нарушение больничного режима;
- в случае если страховой случай наступил вследствие грубой неосторожности Страхователя/Застрахованного;
- иные случаи, предусмотренные условиями страхования.

14.6. Решение о полном или частичном отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течении 15-ти рабочих дней. В течении 10-ти рабочих дней, со дня принятия решения об отказе в страховой выплате, Страховщик направляет Страхователю или Выгодоприобретателю в письменной форме мотивированное обоснование причин отказа.

15. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

15.1. Договор страхования считается прекращенным в случаях:

- истечения срока действия договора;
- соглашения сторон о досрочном расторжении договора;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (в размере страховой суммы);
- неуплаты в оговоренные договором страхования сроки очередного страхового взноса;
- при сообщении Страхователем заведомо ложных сведений при заключении договора страхования.

15.2. Для досрочного прекращения договора иницилирующая сторона обязана письменно уведомить другую сторону о случаях:

- смерти не являющегося Страхователем Застрахованного, в отношении которого заключается договор страхования, не предусматривает такой случай в качестве страхового случая;
- когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- добровольной ликвидации Страховщика.

В этих случаях Страховщик имеет право на часть страховой премии в соответствии с периодом времени, в течение которого действовало страхование (Таблица № 1).

Срок страхования (месяц) с момента заключения договора до даты расторжения	до 1	от 1 до 2	от 2 до 3	от 3 до 4	от 4 до 5	от 5 до 6	от 6 до 7	от 7 до 8	от 8 до 9	от 9 до 10	от 10 до 11	свыше 11
Размер страховой премии в % от годовой страховой премии, удерживаемой Страховщиком при расторжении	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95	100

15.3. Договор страхования считается прекращенным с момента получения уведомления о возникновении обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для прекращения договора.

15.4. Рассмотрение вопроса о возврате страховой премии в случаях иных, чем указаны в пунктах 15.1. – 15.2. настоящего раздела осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским Кодексом Республики Казахстан.

При досрочном прекращении договора страхования по соглашению Сторон, возвращение страховых премий за не истекший срок договора страхования производится с учетом понесенных расходов Страховщика в размере до 25 (Двадцать пять)%.

16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

16.1. Требования (претензии), вытекающие из договора страхования, могут быть предъявлены Страховщику в пределах срока исковой давности, определенного законодательством Республики Казахстан.

16.2. Споры по договору страхования разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения - судом в порядке, установленном действующим законодательством.

17. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

17.1. По соглашению сторон, в заключаемый в соответствии с настоящими Правилами Договор страхования, могут быть включены иные условия (страховые оговорки, определения, исключения и т.п.) не содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан.

17.2. Если Страховщиком заключены договоры о сотрудничестве с медицинскими учреждениями, предоставляющими одинаковые медицинские услуги, но на разном качественном уровне (используется высококачественная медицинская техника, новейшие медицинские технологии, врачи, имеющие более высокий уровень квалификации), который определяет стоимость лечения и предоставления иных медицинских услуг, в условиях страхования могут быть включены варианты предоставления одинаковых медицинских услуг разными медицинскими учреждениями, дифференцированными по указанным выше признакам, на условиях уплаты Страхователем разных страховых взносов.