

Қазақстан Республикасы Азаматтық Кодексінің 395-бабына сәйкес «HAPPY TRAVEL» тұрақты тұратын аумағынан тыс жерлерге шығатын азаматтар ауырған және/немесе денсаулықтарының өзге де бұзылулары жағдайында осы ерікті сақтандыру шарттары (оферта) «АСКО» СК» АҚ-ның (әрі қарай мәтін бойынша – Сақтандырушы) «HAPPY TRAVEL» тұрақты тұратын аумағынан тыс жерлерге шығатын азаматтар ауырған және/немесе денсаулықтарының өзге де бұзылулары жағдайында ерікті сақтандыру шартын (әрі қарай мәтін бойынша – Шарт немесе полис) құру ұсынысы болып табылады

1. Шарт мәні.

1.1. Шарт бойынша Сақтанушы сақтандыру сыйақысын төлеуге міндеттенеді, ал Сақтандырушы полисті жазуға және сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру сомасы шегінде сақтандыру төлемін жүзеге асыруға міндеттенеді.

1.2. Полис Сақтанушының оферта шарттарына қосылуын растау, яғни оны шектеусіз толық қабылдау болып табылады.

2. Сақтандыру жағдайы. Сақтандыру тәуекелдері.

2.1. Шартта көзделген ауырудың және/немесе денсаулықтың өзге де бұзылуларының салдарынан Сақтандырылушының қайтыс болуына не денсаулығына зиян келуіне әкеп соққан, күтпеген оқиға сақтандыру жағдайы болып табылады.

2.2. Шарт бойынша төмендегілер сақтандыру оқиғасы болып табылады:

2.2.1. ауырудың және/немесе денсаулықтың өзге де бұзылуларының салдарынан Сақтандырылушының қайтыс болуы не денсаулығына зиян келуі;

2.2.2. ауыруға және/немесе денсаулықтың өзге де бұзылуларына байланысты медициналық көмек көрсетуге Сақтандырылушының өтініші;

2.3. Сақтандырушы тәуекелдер бойынша сақтандыру қорғанысын қамтамасыз етеді:

2.3.1. **«Медицинский совет по телефону»** – Сақтандырылушыға телефон бойынша Ассистанс тәулік бойы диспетчерлік қызмет көрсететін медициналық кеңес;

2.3.2. **«Теле-медицинские консультации»** - төмендегілерге шағым түсіру кезінде Сақтандырылушыға медициналық мекеменің сырттай қызмет көрсетуі:

- қабынба көріністер (жөтел, тұмау, жоғары температура);

- ішек белгілері – іш өту, кекіру, құсу, флатуленция – жоғары температурсыз;

- ұсақ жарақаттар, жаралар мен сызаттар (тек сервистік қызметтің кезекші дәрігерінің келісімі бойынша);

- бас ауруы (тек сервистік қызметтің кезекші дәрігерінің келісімі бойынша).

2.3.3. **«Экстренная стоматология»** – жазатайым оқиғадан кейін немесе қатты тіс ауруы басталған кезде кейінгі қалпына келтіру емін қоспағанда жансыздандыруды және оларды сақтауды/жұлуды қамтамасыз ету мақсатында Сақтандырушының өз тістерін шұғыл емдеу;

2.3.4. **«Срочная медицинская помощь (амбулаторное медицинское обслуживание)»** — Сақтандырылушыға амбулаториялық-емханалық қызметтерді ұсыну: дәрігер-мамандардың тексерісі мен кеңесі, диагнозды анықтау үшін шұғыл көрсеткіштер бойынша зертханалық сараптамалар мен диагностикалар жүргізу;

2.3.5. **«Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание)»** — Сақтандырылушының стационарда дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, диагнозды анықтауға байланысты зертханалық сараптамалар және диагностиканы қоса алғанда кертартпа (терапиялық) және жедел хирургиялық емдеу;

2.3.6. **«Медицинская транспортировка по показаниям»** – Сақтандырылушыны денсаулығының күрт нашарлауына және оған амбулаториялық-емханалық және/немесе стационарлық жағдайларда медициналық көмек көрсету қажеттілігіне байланысты сақтандыру аумағында медициналық мекемеге және/немесе білікті мамандардың қатысуымен мамандандырылған медициналық немесе басқа да көлікте медициналық эвакуация (репатриация) мақсатында жақын жердегі халықаралық әуежайға дейін тасымалдау;

2.3.7. **«Медицинская эвакуация и репатриация»** – азаматтардың, оның ішінде медициналық мекемеде емделіп жатқан тұлғалардың өмірін сақтап қалу және денсаулығын сақтау мақсатында, сондай-ақ Сақтандырылушының шетелден Қазақстан Республикасындағы оның тұрғылықты жеріне жақын халықаралық әуежайға не азаматтығы бар елдің халықаралық әуежайына дейін, оның ішінде сақтандыру аумағында стационарда болу жөніндегі шығындар Сақтандырушы жауапкершілігінің көлемінен асып кетуі немесе уақытша болатын елде қажетті медициналық көмек көрсету үшін мүмкін болмаған жағдайда тасымалдау;

2.3.8. **«Медикаментозное обеспечение, связанное с амбулаторным медицинским обслуживанием»** - Сақтандырылушыны дәрі-дәрмектермен және таңу материалдарымен қамтамасыз ету;

2.3.9. **«Посмертная репатриация»** – жерлеу шығындарын қоспағанда, Сақтандырылушының денесін жерлеу орнына жақын тұрақты тұратын елдің халықаралық әуежайына дейін тасымалдау;

2.3.10. **«Чрезвычайные транспортные расходы»** - үшінші тұлғалар үшін көлік ақысын төлеуге байланысты шығындар. Егер сапарға жалғыз шыққан Сақтандырылушы сақтандыру аумағында госпитальға жатқызылған болса және дәрігердің кәсіби пікірі бойынша науқастың жағдайы ауыр деп есептелсе, Сақтандырушы Сақтандырылушының

жақын туысы немесе жұбайы (зайыбы) болып табылатын тұлғаға науқасқа бару үшін экономикалық класпен екі жаққа да билет алу шығындарын өтейді. Сақтандырылушы госпитальда жатқан елдегі жақын туысының тұру шығындарын Сақтандырушы өтемейді.

Төтенше көлік шығындарына Сақтандырылушының кәмелеттік жасқа толмаған балаларын қайтаруға байланысты шығындары да жатады. Егер Сақтандырылушының асырауындағы балалар сақтандыру аумағында ауруына және/немесе денсаулықтың өзге де бұзылуына байланысты қараусыз қалса, Сақтандырушы Сақтандырылушының кәмелеттік жасқа толмаған тұлғаларының экономикалық класпен тұрақты тұратын елге барғаны үшін жол шығындарын өтейді. Бұл үшін Сақтандырылушы Ассистанстың диспетчерлік орталықтарының біріне жүгінеді, сондай-ақ Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталуына байланысты пайдаланылмаған балалардың жол жүруі үшін билеттің(-тердің) құнын (авиа, т/ж, авто, теңіз көлігі) қайтарады.

2.4. Шарт шеңберінде Сақтанушы қосымша тәуекелді таңдауға мүмкіндігі бар:

2.4.1. «COVID» - коронавирус қоздырғышы болып табылатын жедел жұқпалы ауруларды емдеуге, дәрі-дәрмектерді тағайындауға және госпитальға жатқызуға байланысты шығындарды жабу;

2.4.2. «Активный отдых - экстрим» - су аттракциондарына бару, велосипедпен, автокөлікпен, мопедпен, скутермен, мотороллермен, мотоциклмен (оның ішінде суда) жүру, жағажай спорт түрлерімен айналысу, атқа (атқа, түйеге, пілге және басқа да жануарларға) міну кезінде, арнайы жабдықталған трассаларда коньки, тау шаңғыларын және сноуборд тебу, қарда жүретін көлікпен және т.б. жүру кезінде, треккинг, альпинизм, құзға шығу, дайвинг және аңға шығу (оның ішінде су асты), үңгірге түсу және «қызыл» деңгейден жоғары трассаларда немесе дайындалмаған трассаларда сырғанау, өзен бойымен рафтинг, парашютизм кезінде, Сақтандырылушының белгілі бір ережелермен ұйымдастырылған спорттық жарыстарға қатысуы кезінде ауруға және/немесе денсаулықтың өзге де бұзылуларына байланысты шығындарды жабу.

3. Сақтандыру жағдайларынан ерекшелік. Сақтандыруды шектеу.

3.1. Сақтандыру қорғанысымен жабылмайды:

3.1.1. құзыретті органдарға ұсыну үшін коронавирустық ауруды (COVID) анықтау бойынша, профилактикалық мақсаттарда (сақтандыру аумағына кіру немесе шығу кезінде) зертханалық талдауларға арналған шығындар, коронавирустық ауру (COVID) бойынша карантин жағдайында тұруға байланысты шығындар;

3.1.2. Сақтандырылушының өміріне тікелей қауіп төндіретін кенеттен өршулерді және/немесе асқынуларды қоспағанда созылмалы ауруды емдеуге, сондай-ақ оның өршуіне және/немесе асқынуына байланысты шығындар;

3.1.3. медициналық көмектің жоспарлы нысанын көрсетуге байланысты шығындар;

3.1.4. жүйке, психикалық ауруларды емдеуге және олардың өршуіне, эпилепсияға (бастапқы және симптоматикалық, селкілдек ұстамалар), сондай-ақ олармен байланысты травматикалық жарақаттарға, депрессияларға, өз-өзіне қол жұмсауға және қасақана өзіне зиян келтіруге байланысты шығындар;

3.1.5. пластикалық және қалпына келтіру хирургиясына, акупунктураға және физиотерапияға, косметологиялық және сыртқы келбеті мен дене ауытқуларының кемшіліктерін жоюға және тіс протездеудің барлық түрлеріне, тіске, оның ішінде тіссауыт орнатуға, көзге, есту протезін қолдануға, буындарды протездеуге, көзілдірік, контактілі линзалар, есту аппараттарын сатып алуға, сондай-ақ тіпті оларды жүргізуге медициналық көрсеткіштер болған кезде де жүрекке және қан тамырларына (аортакоронарлық шунттау және т.б.) хирургиялық араласуды төлеу бойынша шығындарды қоса алғанда өзге де емдеуге байланысты шығындар;

3.1.6. дірілді, ультрадыбысты, электромагниттік, лазерлік, күн сәулелерін, электрмен дәнекерлеуді, гипертермияны, жаншылудан босатуды қоса алғанда кез келген түрдегі сәулеленудің тікелей немесе жанама әсерінен туындаған ауруларды және/немесе денсаулықтың өзге де бұзылуларын емдеуге байланысты шығындар;

3.1.7. жыныстық жолмен берілетін ауруларға, жыныстың өзгеруіне немесе жыныстық сипаттағы басқа да жағдайларға, бедеулікке байланысты немесе денсаулықтың осы жағдайына немесе жасанды көбеюдің басқа да нысандарына байланысты шығындар. Жүре пайда болған иммун тапшылығы синдромын (ЖИТС) немесе ЖИТС-пен байланысты кешенге және басқа да ұқсас инфекцияларды, ауруларды, зақымдануларды немесе осы жағдайлардан туындайтын, неден туғаны тәуелсіз көрсеткіштерді қоса алғанда иммун тапшылығы вирусына немесе АИТВ-ауруларына байланысты күтім немесе емдеу бойынша шығындар;

3.1.8. емдеу манипуляцияларына – ятрогендік зақымдануларға байланысты шығындар;

3.1.9. онкологиялық, оның ішінде алғаш рет анықталған ауруларға байланысты шығындар;

3.1.10. Сақтандырылушы сақтандыру басталғанға дейін емделуге байланысты денсаулық жағдайының нашарлауынан туындаған шығындар;

3.1.11. Инфекциялық стационарға және/немесе изоляторға жатқызуды талап ететін, оның ішінде туберкулез, полиомиелит, нейроинфекция, атипті пневмония вирусы, тұмау және процестің клиникалық нысаны мен сатысына қарамастан олардың зардаптарын қоса алғанда вакцинациямен алдын алуға мүмкін болатын және/немесе Сақтандырылушының науқаспен байланыста болғаннан кейін профилактикалық карантиндік шараларды бұзуының салдары болып табылатын жұқпалы және паразиттік ауруларды емдеуге арналған шығындар;

3.1.12. процестің клиникалық нысаны мен сатысына қарамастан туберкулез бен саркоидозды емдеуге арналған

шығындар;

3.1.13. псориазды, терең микозды, қант диабетін, туа біткен ауытқулар мен даму ақауларын, дәнекер тіннің жүйелік ауруларын (жүйелі қызыл жегін, ревматоидты артритты, дерматомиозитты), жүйелі васкулитты (түйінді периартритты, геморрагиялық васкулитты), амилоидозды, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігін, оның ішінде бүйректен тыс қан тазартуды қажет ететін ауруларды емдеуге арналған шығындар;

3.1.14. гепатиттың барлық түрлерімен ауруға немесе аурудың салдарларына (асқынуларына) байланысты шығындар;

3.1.15. алкогольмен және оның суррогаттарымен, есірткі заттарымен жіті улануға, алкоголизммен, нашакорлықтан және басқа да теріс пайдаланудан/тәуелділіктен емделуге немесе есірткі, уытты заттарды, алкогольдік ішімдіктерді қабылдаудан туындаған ауыр жағдайларға тәуелділікке немесе емдеуге байланысты басқа да жағдайларды емдеуге, сондай-ақ жоғарыда аталған заттардың әсерінен жарақат алған кезде Сақтандырылушы алған жарақаттарды емдеуге байланысты шығындар;

3.1.16. жүктілікке (асқынуларды қоса алғанда), босануға және жүктілікті жасанды жолмен тоқтатуға байланысты, өмірге қауіп төндіретін кенеттен асқыну немесе денсаулықтың құжаттамамен расталған бұзылуы жағдайларын қоспағанда, жасанды ұрықтандыруға, бедеулікті емдеуге және ұрықтандырудың алдын алу бойынша, Сақтандырушының мамандарымен қажетті ретінде келісілмеген және осындай босанудан кейінгі емдеуге, жоспарлы тәртіппен кесар тілігін жүргізу жөніндегі отаға арналған шығындар, сабақтарды өткізуге арналған шығындар, босануға тікелей байланысты емес акушерлік шығындар;

3.1.17. контрацепцияға, зарарсыздандыруға, ұрықтандыруға, вазэктомияға, венерологиялық ауруларға және жыныстық жолмен берілетін ауруларға байланысты шығындар;

3.1.18. жұқпалы немесе вирустық аурулары бар науқастарды күту жөніндегі келісімшарт (медициналық қызметтер көрсетуге байланысты) бойынша жұмыс істеу мақсатында сақтандыру аумағына кеткен Сақтандырылушының жұқпалы немесе вирустық ауруларын емдеуге байланысты шығындар;

3.1.19. тұқым қуалайтын ауруларды емдеуге байланысты шығындар;

3.1.20. органдар мен тіңдерді трансплантациялауға және имплантациялауға байланысты шығындар;

3.1.21. егер Сақтандырылушы:

а) көлік құралын жүргізуші куәлігінсіз немесе куәлігі болған кезде тиісті санаттағы немесе ішкі санаттағы басқару куәлігі болмай көлік құралын басқарса;

б) алкогольдік, есірткілік немесе уытты мас күйінде көлік құралын басқарса;

в) алкогольдік, есірткілік немесе уытты мас күйінде басқарған тұлғамен көлік құралында (жолаушы ретінде) болса, автокөлік апаттарынан болған ауруларды және/немесе денсаулықтың өзге де бұзылуларын емдеуге байланысты шығындар;

3.1.22. тиісті лицензиясы жоқ медициналық мекеменің (дәрігердің) қызмет көрсетуіне байланысты шығындар не, егер лицензияның қолданылуы тоқтатыла тұрса, дәстүрлі емес әдістермен (халық медицинасы, емшілік) емдеуге арналған шығындар, сондай-ақ Сақтандырылушыны емдеуге және/немесе дипломы бар медициналық қызметкер болуына тәуелді емес оның туысқандары оған күтім жасауға байланысты шығындар;

3.1.23. егер құрамы құрастырушымен жасырылған дәрі-дәрмектер тағайындалса, дәрі-дәрмектерді сатып алу шығындары, сондай-ақ тамақ өнімдерін, қуат беретін құралдарды, арықтауға арналған құралдарды, косметикалық құралдарды сатып алуға байланысты шығындар;

3.1.24. медициналық көмектің жоспарлы нысанын: емдік массажды және қолмен емдеуді, профилактикалық тексеруді, жалпы медициналық тексеруді, екпелерді, санаторий-курорттық емдеуді, санаторийды, терапевтік немесе қамқоршылық күтімді, оның ішінде құтыру немесе сіреспе жұқтыруы мүмкін деген күдік туындаған кезде дәрігер тағайындаған препараттарды профилактикалық енгізуден басқа кене, екпелерді зерттеуді алу салдарынан болған шығындар;

3.1.25. тиісті лицензиясы жоқ немесе, егер медициналық көмек көрсету сәтінде лицензияның қолданылуы тоқтатыла тұрса, медициналық мекеменің қызмет көрсетуіне байланысты шығындар;

3.1.26. Сақтандырылушының уақытша келген, осы жерден хабардар болған елге эндемикалық аурулардың алдын алу ережелерін бұзуына, сондай-ақ дәрігердің кеңесін орындамауына байланысты шығындар;

3.1.27. Сақтандырылушының ем алу мақсатында шетелге келген уақытында басталған денсаулық жағдайының нашарлауына немесе қайтыс болуына байланысты шығындар;

3.1.28. ғылыми мойындалмаған әдістермен ауруларды тексеруге және емдеуге байланысты шығындар, сондай-ақ сертификатталмаған дәрі-дәрмектерді сатып алуға арналған шығындар;

3.1.29. стационарлық емделу кезінде қосымша жайлылықты қамтамасыз ету бойынша шығындар;

3.1.30. жергілікті емдеуге жататын және Сақтандырылушының саяхатын жалғастыруға кедергі келтірмейтін аурулар немесе жарақаттар жағдайында эвакуациялауға арналған жағдайлар;

3.1.31. Сақтанушының (Сақтандырылушының) өрескел абайсыздығы және/немесе қасақана және/немесе құқыққа қарсы әрекеттері салдарынан туындаған ауруларды және/немесе денсаулықтың өзге де бұзылуларын емдеуге байланысты шығындар;

- 3.1.32. Шартта көзделген медициналық, көліктік және өзге де қызметтерді алуға байланысты аудармашыны ұсынуға байланысты шығындар;
- 3.1.33. Сақтандырушы тағайындаған медициналық кеңесшінің пікірі бойынша жергілікті емдеуге жататын және Сақтандырылушының саяхатын жалғастыруға кедергі келтірмейтін елеусіз аурулар және/немесе денсаулықтың өзге де бұзылулары жағдайында эвакуациялау/репатриациялау бойынша шығындар;
- 3.1.34. Сақтандырушы немесе медициналық ассистанс ұйымдастырмаған кез келген эвакуациялауға және/немесе репатриациялауға қатысты шығындар, сондай-ақ осындай эвакуациялау және/немесе репатриациялау нәтижесінде туындаған шығындар, Сақтандырылушының тұрақты тұратын жеріне эвакуациялаудан ерікті түрде бас тартуы нәтижесінен туындаған шығындар, сондай-ақ осындай бас тартудан кейінгі туындаған шығындар;
- 3.1.35. медициналық мекемеге дейін жоспарлы тасымалдау бойынша шығындар;
- 3.1.36. медициналық қарсы көрсетілімдерге қарамастан қабылданған, сапар барысында туындаған кез келген шағымдарға байланысты шығындар;
- 3.1.37. Сақтандырылушыны таудан, теңізден, шөл даладан, джунглиядан немесе басқа да шалғай аудандардан табу мақсатында іздеу-құтқару шараларына байланысты кез келген шығындар;
- 3.1.38. Сақтандырылушының денсаулығына зиян келтіруге немесе қайтыс болуына байланысты, кез келген соғыс (жарияланған немесе жарияланбаған), әскери іс-қимылдар, маневрлер немесе өзге де әскери шаралар, азаматтық соғыс, халықтық толқулар немесе ереуілдер салдарына, оның ішінде Сақтандырылушының қоғамдық тәртіпсіздіктерге қатысуына, кез келген елдердің қарулы күштері мен құрылымдарына қызмет етуге, ядролық жарылыс, радиация немесе радиоактивті ластану әсеріне байланысты шығындар;
- 3.1.39. Сақтандырылушы тұрғылықты жеріне оралғаннан кейін бірдей сақтандыру жағдайына байланысты кейінгі көшуге кез келген шығындар;
- 3.1.40. жалдау бойынша жұмыстарды орындау кезінде қауіпсіздік техникасы ережелерін бұзуға байланысты шығындар;
- 3.1.41. Сақтандырылушының тұрақты тұратын жеріне эвакуациялаудан ерікті түрде бас тартуы нәтижесінен туындаған шығындар;
- 3.1.42. Шарттың қолданылу мерзімі ішінде орын алса да, бірақ оның басталу себептері ол күшіне енгенге дейін қолданыла бастаған сақтандыру жағдайы нәтижесінде Сақтандырылушының шеккен шығындары;
- 3.1.43. салттық қызметтер, жерлеу және еске алу астарын өткізу;
- 3.1.44. моральдық зиян, жіберілген пайда, тұрақсыздық айыбы, айыппұлдар, өсімпұлдар және өзге де жанама шығындар;
- 3.1.45. сақтандыру шартында көзделмеген шығындар.
- 3.2. Егер сақтандыру шарттарында өзгеше көзделмесе, ауруларды және/немесе денсаулықтың өзге де бұзылуларын емдеуге байланысты шығындар сақтандыру қорғанысымен өтелмейді:
- 3.2.1. кез келген спорт түрінен туындаған (кәсіпқой немесе әуесқой ретінде): мопедте, скутерде, мотоциклде, қарда жүретін көлікте, квадроциклде, гидроциклде жүру, ұшатын аппаратпен ұшу, оны басқару (кәсіби ұшқыш басқаратын азаматтық авиация ұшағында жолаушы ретінде ұшу жағдайларын қоспағанда), моторсыз ұшу аппараттарында, моторлы планерлерде, жеңіл ұшатын аппараттарда ұшу, парашютпен секіру, альпинизм, мұзға өрмелеу, құзға шығу, мото- және автожарыстар, дайвинг, жануарлармен байланысты спорттың кез келген түрлері және жоғары тәуекелмен байланысты іс-шаралар;
- 3.2.2. ресми өткізілетін спорттық жарыстарға қатысуға байланысты;
- 3.2.3. келісім немесе Шарт бойынша кәсіби қызметтерді жүзеге асыру салдарынан;
- 3.2.4. сақтандыру қорғанысының қолданылу кезеңінде алғаш рет диагноз қойылған коронавирустық ауруға (COVID) байланысты госпитальға жатқызу, емдеу және дәрі-дәрмектерді сатып алу салдарынан.
- 3.3. Келесі тұлғалар сақтандыруға жатпайды:
- 3.3.1. 80 жастан жоғары;
- 3.3.2. коронавирустық ауру (COVID) күдігімен карантинде болған не Шарт құру күніне дейін 10 (он) күннен аз уақыт бұрын карантинде болған, сондай-ақ Сақтанушы/Сақтандырылушы Шарт құруға өтінішпен жүгінген күні коронавирустық ауруға (COVID) ПТР-сынағы оң нәтижелі болғандар;
- 3.3.3. емдеудің кез келген түрін алу мақсатында сақтандыру аумағына шығатындар;
- 3.3.4. сақтандырудың болжамды аумағында шарт құру сәтінде болғандар;
- 3.3.5. ведомстваралық комиссиялар, уәкілетті мемлекеттік органдар кету үшін ұсынбаған, аталған ведомстволардың ресми көздерінде жарияланатын елдерге шығатындар;
- 3.3.6. ұшуға медициналық қарсы көрсетілімдермен.

4. Шарт құру тәртібі.

- 4.1. Шарт Сақтанушы Сақтандырушыға жүгінген кезде құрылады.
- 4.2. Шарт тараптар келіскен мерзімге құрылады.
- 4.3. Сақтанушы өз қалауы бойынша сапардың ұсынылған түрлерінің бірін таңдауға құқылы:

- 4.3.1. «**BASE**» - нақты болу мерзімдерін көрсете отырып, 365 күнге дейінгі мерзімге уақытша болатын елге бір рет бару. Шарттың қолданылу мерзімі сақтандыру қорғанысы мерзімімен сәйкес келеді.
- 4.3.2. «**MULTI**» - 365 күнге дейінгі мерзімге уақытша болатын елге бірнеше рет бару. Шарттың қолданылу мерзімі сақтандыру қорғанысы мерзімімен сәйкес келмейді.
- 4.4. Сақтанушы таңдалған сапар түріне қосымша «**Вернем деньги**» қызметін қосуға мүмкіндігі бар – **Шарттың қолданылуы 7 (жеті) күнтізбелік күннен аспайтын**, ал Шарттың өзі кемінде 14 (он төрт) күнтізбелік мерзімге құрылған кезінде Сақтандырылушының сақтандыру аумағына кетпегені туралы құжатты көрсеткен кезде төленген сақтандыру сыйақысын толық көлемде қайтару;
- 4.5. Ережелер Сақтанушыға Шартта ақпараттық-телекоммуникациялық Интернет желісіндегі Сақтандырушының сайтында Ережелер мәтінінің орналасқан жеріне сілтемені көрсету жолымен беріледі. Көрсетілген тәсілмен (Ережелердің мәтінін қағаз жеткізгіште тапсырусыз) Ережелерді алу Сақтанушыны/Сақтандырылушыны осы сақтандыру шарттарында көзделген міндеттерден босатпайды. Сақтанушының талабы бойынша Сақтандырушы оған Ережелерді электрондық пошта мекен-жайына жіберу арқылы қосымша табыс ете алады.
- 4.6. Егер Шартта өзгеше талаптар көзделмесе, оған қол қойған күннен бастап күшіне енеді.
- 4.7. Егер Шарт құрғаннан кейін Сақтанушы сақтандыру жағдайының басталу мүмкіндігін және оның басталуынан болатын ықтимал шығындардың мөлшерін анықтау үшін елеулі маңызы бар мән-жайлар туралы көрінеу жалған мәліметтерді хабарлағаны анықталған болса, Сақтандырушы Сақтанушы олар туралы үнсіз қалған жағдайларды қоспағанда Шартты жарамсыз деп тануды және ҚР заңнамасында көзделген салдарларды қолдануды талап етуге құқылы.
- 4.8. Сақтандырушы себебін түсіндірмей Шарт құрудан бас тартуға құқылы.

5. Тараптардың құқықтары мен міндеттері.

5.1. Сақтанушы құқылы:

- 5.1.1. Сақтандырушыдан сақтандыру шарттарын, Шарт бойынша өз құқықтары мен міндеттемелерін түсіндіуді талап етуге;
- 5.1.2. Шарт жоғалған жағдайда оның көшірмесін алуға;
- 5.1.3. Сақтандыру шарттарына сәйкес медициналық қызмет көлемін алуға;
- 5.1.4. Шарт талаптарының орындалуын бақылауды қамтамасыз етуге;
- 5.1.5. Сақтандырушыға медициналық қызметтердің ұсынылмаған немесе толық емес және сапасыз ұсыну жағдайлары туралы жазбаша түрде хабарлауға;
- 5.1.6. Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тарту немесе оның мөлшерін азайту туралы Сақтандырушының шешімін даулауға;
- 5.1.7. Шартты мерзімінен бұрын тоқтатуға.

5.2. Сақтанушы (Сақтандырылушы) міндетті:

- 5.2.1. Сақтандырушыға сақтандыру тәуекелін бағалау үшін қажетті сенімді ақпаратты ұсынуға;
- 5.2.2. Шартта белгіленген мөлшерде, тәртіпте және мерзімде сақтандыру сыйақысын төлеуге;
- 5.2.3. Шарттың көшірмесін алу үшін Сақтандырушыға жазбаша түрде жүгінуге;
- 5.2.4. Сақтандырушыға сақтандыру тәуекелінің жағдайы туралы хабарлауға;
- 5.2.5. Сақтандырушыға Шарт талаптарының белгіленген тәртібінде және мерзімінде сақтандыру жағдайының басталғаны туралы хабарлауға;
- 5.2.6. өз әрекетін Ассистанспен келісуге және оның нұсқауларын орындауға;
- 5.2.7. сақтандыру жағдайы басталған кезде ықтимал шығындардың алдын алу немесе азайту үшін болған мән-жайларда ақылға қонымды және қолжетімді шаралар қабылдауға;
- 5.2.8. дәрігерлердің нұсқауларын орындауға;
- 5.2.9. дәрігерлерге, медициналық ұйымдарға және өзге де уәкілетті тұлғаларға Сақтандырушының сұранысы бойынша сақтандыру жағдайының басталу мән-жайларын тексеру үшін қажетті құжаттарды беруге уәкілеттік беруге;
- 5.2.10. Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының себептері, басталу барысы, сондай-ақ келтірілген зиянның сипаты мен мөлшерлері туралы соттауға мүмкіндік беретін барлық ақпаратты (қажет болған кезде – жазбаша нысанда) құжаттаманы ұсынуға;
- 5.2.11. сақтандыру жағдайының басталуына жауапты тұлғаға кері талап қою құқығының Сақтандырушыға ауысуын қамтамасыз етуге;
- 5.2.12. Шартты және жеке басын куәландыратын құжатты көрсете отырып, Ассистанстың және/немесе Сақтандырушының келісімі бойынша медициналық ұйымға жүгінуге;
- 5.2.13. медициналық қызметтерді алу кезінде сақтандыру белгілеген лимиттерден асатын айырманы төлеуге;
- 5.2.14. емдеуші дәрігерден емдеу барысы туралы ақпарат алуда Сақтандырушының немесе Ассистанстың өкіліне қарсы келмеуге.

5.3. Сақтандырушы құқылы:

- 5.3.1. Сақтанушы (Сақтандырылушы) хабарлаған ақпаратты, сондай-ақ Шарттың талаптары мен шарттарының орындалуын тексеруге;
- 5.3.2. Сақтандыру төлемін жүзеге асыру туралы мәселені шешу үшін қойылған диагноздың сәйкестігін және жүргізілген емнің дұрыстығын анықтау үшін медициналық мекемелерден алынған шоттарды және өзге де құжаттарды тәуелсіз сарапшылардың қарауына беруге;
- 5.3.3. сақтандыру жағдайы бойынша ұсынылған құжаттарға тексеру жүргізуге, сақтандыру жағдайының мән-жайлары туралы ақпараты бар ұйымнан мәліметтер сұратуға, сондай-ақ Сақтандырылушының қосымша медициналық куәландырылуын талап етуге;
- 5.3.4. егер Сақтанушы Сақтандырылушының денсаулық жағдайы және сақтандыру тәуекелін бағалау кезінде Сақтандырушы үшін маңызы бар өзге де тәуекелдер туралы көрінеу жалған мәліметтерді хабарлағаны анықталған жағдайда, Шартты мерзімінен бұрын тоқтатуды талап етуге;
- 5.3.5. Сақтандырылушыға сақтандыру шарттарында көзделген шығындар лимиттерінен тыс көрсетілген медициналық қызметтерді төлемеуге;
- 5.3.6. Шарттың талаптарында көзделген негіздемелер бойынша сақтандыру төлемін толық немесе жартылай жүзеге асырудан бас тартуға.
- 5.4. Сақтандырушы міндетті:
- 5.4.1. Сақтанушыны сақтандыру шарттарымен таныстыруға және оның талабы бойынша Ереженің көшірмесін ұсынуға;
- 5.4.2. Сақтандырылушыға Ассистанс қызметтері арқылы медициналық қызметтерді ұсынуды қамтамасыз етуге;
- 5.4.3. Шарттың талаптарына сәйкес Сақтандырылушыға көрсетілетін медициналық көмектің көлемін және сапасын қадағалауға;
- 5.4.4. сақтандыру құпиясын сақтау;
- 5.5. Сақтандыру шарттарымен ҚР заңнамасына қайшы келмейтін Сақтандырушы мен Сақтанушының басқа да құқықтары мен міндеттемелері көзделуі мүмкін.

6. Сақтанушының (Сақтандырылушының) сақтандыру жағдайы басталған кездегі әрекеті

- 6.1. Сақтанушы (Сақтандырылушы) сақтандыру жағдайы басталған кезден бастап 24 сағаттан кешіктірмей медициналық және/немесе медициналық-көліктік көмекке жүгінуді келісу үшін Ассистансқа не Сақтандырушыға хабарлауы тиіс. Бұл ретте келесі ақпаратты хабарлау керек:
- 6.1.1. Сақтандырылушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған кезде);
- 6.1.2. Шарт нөмірі және оның қолданылу кезеңі;
- 6.1.3. Сақтандырушының атауы;
- 6.1.4. Сақтандыру жағдайының басталу күні, уақыты және орны;
- 6.1.5. Болған оқиға мән-жайының толық сипаттамасы мен қажет етілетін көмектің сипаты;
- 6.1.6. Сақтандырылушының орналасқан жері және кері байланыс үшін телефон нөмірі.
- 6.2. Келген елде Ассистанстың диспетчерлік орталығы болмаған жағдайда Сақтанушы (Сақтандырылушы) шығындарды өздігінен төлейді, ал Сақтандырушы оған сақтандыру шарттарына сәйкес осы шығындарды өтейді.
- 6.3. Егер Сақтандырылушының қайтыс болуы сақтандыру жағдайы болып табылса, онда Сақтандырушының сақтандыру жағдайы туралы хабарламасының мерзімі 30 (отыз) күнтізбелік күнге дейін ұзартылады.
- 6.4. Жекелеген жағдайларда, егер Сақтанушы (Сақтандырылушы) дәлелді себептер бойынша Ассистансқа хабарламаса және Сақтандырылушыға қазірдің өзінде медициналық көмек көрсетілсе, Сақтанушы (Сақтандырылушы) немесе олардың өкілдері 24 сағат ішінде медициналық көмек көрсететін медициналық мекеменің атауын, мекен-жайын және байланыс телефондарын көрсете отырып, Ассистансқа не болғаны туралы хабарлауға міндетті.

7. Сақтандыру жағдайының басталғанын растайтын құжаттардың тізбесі.

- 7.1. Сақтанушы (Сақтандырылушы) келген елдегі Ассистанс (жекелеген жағдайларда жергілікті тілшілер) арқылы алған медициналық қызметтер бойынша шығындар тікелей Ассистансқа қайтарылады, бұл ретте сақтандыру сомасынан асатын шығындарды Сақтанушы (Сақтандырылушы) өздігінен төлейді.
- 7.2. Келген елде Ассистанс болмаған жағдайда сақтандыру төлемін алу үшін Сақтандырылушы Сақтандырушыға ұсынады:
- 7.2.1. Сақтандыру жағдайының басталғаны туралы өтініш;
- 7.2.2. Шарт (оның көшірмесі);
- 7.2.3. Сақтандырылушының жеке басын куәландыратын құжаттың барлық беттерінің көшірмелері;
- 7.2.4. Сақтандырылушының ТАӨ, оған келтірілген зиянның сипатын, диагнозды, жүгіну (госпитальға жату) күнін көрсете отырып, тиісті медициналық мекеме қорытындысының түпнұсқасы немесе нотариалды куәландырылған көшірмесі;

7.2.5. қайтыс болған күні мен себептерін көрсете отырып, Сақтандырылушының қайтыс болуын анықтайтын медициналық мекеме қорытындысының түпнұсқасы немесе нотариалды куәландырылған көшірмесі;

7.2.6. қайтыс болғаны туралы куәліктің нотариалды куәландырылған көшірмесі немесе қайтыс болғаны туралы хабарлама (Сақтандырылушы қайтыс болған жағдайда);

7.2.7. Сақтандырылушының әрбір процедурасының атауын, қабылдауын, олардың санын, құнын, төлем күнін және ТАӘ көрсете отырып, процедурадан өткенін, дәрігерді қабылдағанын растайтын медициналық мекемелерден төленгені туралы шоттардың, фискалдық, тауарлық чектердің, түбіртектердің түпнұсқалары. Шоттарда, фискалдық, тауарлық чектерде, түбіртектерде және төлемді растайтын басқа да құжаттарда төлем валютасы көрсетілмеген жағдайда Сақтандырушы Шарт құру күніне келген елдің (нақты шығындар жұмсалған) валютасын ҚР Ұлттық Банкінің ресми бағамы бойынша теңгемен сақтандыру төлемін есептеуді жүзеге асырады;

7.2.8. дәрігердің процедураларын өту кезінде емдеуші дәрігердің толық дәрілерді тағайындауларының түпнұсқасы немесе нотариалды куәландырылған көшірмелері, олар үшін тағайындауға себеп болған қабылдау күнін, диагнозды және Сақтандырылушының ТАӘ көрсете отырып, шоттар қойылады;

7.2.9. уәкілетті тұлғалар куәландырған және тиісті медициналық мекемелердің мөрімен бекітілген амбулаториялық картаның, ауру тарихтарының не көрсетілген құжаттардан үзінділердің нотариалды куәландырылған көшірмелері, рентген кескіндерінің түпнұсқалары;

7.2.10. егер сақтандыру жағдайы денсаулықтың өзге де бұзылуының салдарынан туындаса, қосымша – құзыретті органдардың тиісті құжаттарының түпнұсқалары немесе сақтандыру жағдайының басталғанын, келтірілген зиянды растайтын, зиян келтіруге кінәлі тұлғаларды анықтайтын уәкілетті тұлғалар куәландырған көшірмелері (ішкі істер органдарының, прокуратураның, тергеудің, анықтаудың, сот органдарының, өрт қадағалау органдарының және т.б. құжаттары);

7.2.11. Сақтандырылушы қайтыс болған жағдайда – репатриация қызметтеріне ақы төлеу жөніндегі түбіртектер;

7.2.12. сақтандыру төлемін аудару үшін қажетті мәліметтер.

7.3. Осы бөлімде тізбектелген барлық құжаттар Сақтандырушыға орысша немесе қазақша немесе қазақ немесе орыс тілдеріне аудармада берілуі тиіс, бұл ретте аудармаға құзыретті ұйымның уәкілетті тұлғасы қол қоюға, нотариалды куәландырылуға, сондай-ақ Қазақстан Республикасының аумағына келген сәттен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде апостиль мөртабанымен куәландырылуға тиіс.

7.4. Құжаттарды қабылдаған Сақтандырушы өтініш беруші ұсынған құжаттардың толық тізбесін және олардың қабылданған күнін көрсете отырып, екі данада анықтама-тізімдеме жасайды. Анықтама-тізімдеменің бір данасы өтініш берушіге беріледі, өтініш берушінің оны алғаны туралы белгісі бар екінші данасы Сақтандырушыда қалады.

7.5. Сақтандырушыға ұсынылатын құжаттарда сақтандыру жағдайының туындау фактісі мен себептері және келтірілген залалдардың мөлшері туралы жан-жақты ақпарат болуы тиіс.

7.6. Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асыру туралы жазбаша өтінішті алған күннен бастап 7 (жеті) жұмыс күні ішінде жетіспейтін құжаттар туралы хабарлайды.

7.7. Сақтандырушы барлық ұсынылған құжаттарды тексеруге және Сақтандырылушыға медициналық куәландыру жүргізуге және сақтандыру жағдайының басталу себептері мен мән-жайларын өздігінен анықтауға дейін жеке зерттеу жүргізу құқығын өзіне қалдырады.

7.8. Сақтандырушы бұл шығындар Сақтандырушымен келісілген, ал келген елде Ассистанс желісінен қажетті емдеу мекемелері болмаған жағдайда Сақтандырушы құжаттарының көшірмелері негізінде және Сақтандырылушының сақтандыру аумағында болған кезеңінде Сақтандырылушының сақтандыру өтемі және шеккен шығындарының өтемақысын төлеу туралы шешім қабылдауға құқылы.

8. Сақтандыру төлемін жүзеге асыру тәртібі мен шарттары.

8.1. Сақтандыру төлемі бұрын жүргізілген төлемдер шегерімімен жүргізіледі. Сақтандыру қорғанысының қолданылу кезеңінде болған сақтандыру жағдайы бойынша сақтандыру төлемдерінің жалпы сомасы Шартта анықталған сақтандыру сомасынан аспауы керек.

8.2. Өтелетін тәуекелдер мен сақтандыру өтемінің лимиттері:

Жабылатын тәуекелдер	Сақтандыру сомасы және сақтандыру өтемінің лимиттері ("+" сақтандыру сомасының шегіндегі өтем)					
	15 000	20 000	30 000	50 000	70 000	100 000
Медицинский совет по телефону	+	+	+	+	+	+
Теле-медицинские консультации	1 кеңес	1 кеңес	1 кеңес	1 кеңес	1 кеңес	1 кеңес
Экстренная стоматология (артық емес)	100	130	200	300	450	600
Срочная медицинская помощь (амбулаторное медицинское обслуживание)	+	+	+	+	+	+
Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание)	+	+	+	+	+	+
Медицинская транспортировка по показаниям	+	+	+	+	+	+
Медицинская эвакуация и репатриация	+	+	+	+	+	+
Медикаментозное обеспечение, связанное с амбулаторным медицинским обслуживанием	+	+	+	+	+	+

Посмертная репатриация	+	+	+	+	+	+
Чрезвычайные транспортные расходы (артық емес)	1 500	3 000	4 500	7 500	10 500	15 000

8.3. Сақтандыру төлемін Сақтандырушы барлық қажетті құжаттарды алған сәттен бастап 15 (он бес) жұмыс күні ішінде жүргізеді.

8.4. Сақтандырушы ұсынылған құжаттарға тексеріс жүргізуге, сақтандыру жағдайының мән-жайлары туралы ақпараты бар ұйымдардан мәліметтер сұратуға, сондай-ақ Сақтандырылушыға медициналық куәландыру жүргізуге құқылы. Қосымша ақпарат алу қажет болған кезде сақтандыру төлемі туралы шешімді қабылдау мерзімі 30 жұмыс күніне дейін ұзартылуы мүмкін.

8.5. Сақтандыру жағдайымен тікелей себептік байланыстағы қылмыстық іс қозғалған жағдайда Сақтандырушы құқық қорғау органдары қылмыстық істі тоқтату туралы шешімді қабылдаған күнге дейін немесе сот шешімі заңды күшіне енген күнге дейін сақтандыру төлемінің мерзімін ұзартуға құқылы.

8.6. Сақтандырушы сақтандыру төлемін толық не жартылай жүзеге асырудан бас тартуға құқылы, егер Сақтанушы (Сақтандырылушы):

8.6.1. сақтандыру шарттарында белгіленген тәртіпте және мерзімде сақтандыру жағдайы туралы хабарламаса не уақтылы хабарламаса;

8.6.2. Шартта белгіленген мерзімде не денсаулықтың бұзылуының себептерін, сипатын және оның туындаған нәтижемен байланысын анықтау үшін қажетті құжаттар мен мәліметтерді хабарлама жібергеннен кейін ұсынбаса немесе көрінеу жалған дәлелдемелерді ұсынса;

8.6.3. Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталу мән-жайларын зерттеуге және Сақтандырылушының денсаулығына келтірілген зиянның мөлшерін анықтауға кедергі келтірсе;

8.6.4. қажетті қорғаныс және аса қажеттілік жағдайында жасалған әрекеттерді қоспағанда, сот қасақана қылмыстың белгілерін анықтаған сақтандыру жағдайының туындауына бағытталған әрекеттер жасаса;

8.6.5. емдеу дәрігерінің тағайындаған аурухана режимін орындамаса немесе бұзса;

8.6.6. сақтандыру жағдайынан болған шығындарды азайту бойынша шараларды қасақана қабылдамаса;

8.7. Сақтандырушы ҚР заңнамасында көзделген жағдайларда, сондай-ақ келесілердің нәтижесінде туындаған жағдайларда сақтандыру өтемін төлеуден босатылады:

8.7.1. Сақтанушының, Сақтандырылушының қылмыстық немесе құқыққа қарсы әрекеттерінен туындаған ауруларды және/немесе денсаулықтың өзге де бұзылуларын алу;

8.7.2. егер Сақтанушы/Сақтандырылушы Сақтандырушы өтеген шығындар үшін жауапты тұлғаға өзінің талап ету құқығынан бас тартса немесе бұл құқықты жүзеге асыру Сақтанушының/Сақтандырылушының кінәсінен мүмкін болмаса. Сақтандырушы сақтандыру өтемін төлеуден толық немесе тиісті бөлігінде босатылады және артық төленген өтем сомасын қайтаруды талап етуге құқылы;

8.7.3. егер сақтандыру төлемін алу мақсатында Сақтандырылушының Сақтандырушыға ұсынған ақпараты мен құжаттарында сақтандыру жағдайының себептері мен мән-жайлары, сондай-ақ сақтандыру жағдайына байланысты көрсетілген қызметтердің түрлері мен құны туралы қарама-қайшы, сенімсіз немесе көрінеу жалған мәліметтерді құраса;

8.8. Сақтандырушы сақтандыру өтемін төлеуден босатылады, егер Шарт құру күніне Сақтандырылушының төмендегі әрекеттері белгілі болса:

8.8.1. коронавирустық ауруға (COVID) күдікпен карантинде болса не Шарт құрған күнге дейін кемінде 10 (он) күнге карантинде болса, сондай-ақ коронавирустық ауруға (COVID) ПТР-сынағы оң нәтижелі болса;

8.8.2. емдеудің кез келген түрін алу мақсатында сақтандыру аумағына шықса;

8.8.3. сақтандырудың болжамды аумағында шарт құру сәтінде болса;

8.8.4. ведомствоаралық комиссиялар, уәкілетті мемлекеттік органдар кету үшін ұсынбаған, аталған ведомстволардың ресми көздерінде жарияланатын елдерге шықса;

8.8.5. ұшуға медициналық қарсы көрсетілімдері бар болса.

9. Шартты бұзу және мерзімінен бұрын тоқтату.

9.1. Шарт келесі жағдайларда өз әрекетін тоқтатады:

9.1.1. қолданылу мерзімі өткенде;

9.1.2. сақтандыру объектісінің болуы тоқтағанда;

9.1.3. сақтандыру жағдайының туындау мүмкіндігі жойылып, сақтандыру тәуекелінің болуы сақтандыру жағдайынан басқа мән-жайлар бойынша тоқтатылғанда;

9.1.4. «Сақтандыру қызметі туралы» Қазақстан Республикасының Заңында көзделген жағдайларды қоспағанда Сақтандырушыны мәжбүрлеп тарату туралы сот шешімі заңды күшіне енгенде;

9.1.5. «Сақтандыру қызметі туралы» Қазақстан Республикасының Заңында көзделген жағдайларда;

9.1.6. толық сақтандыру сомасы мөлшерінде сақтандыру төлемін жүзеге асырғанда;

9.1.7. егер сақтандыру шарттарында өзгеше көзделмесе, Сақтандырылушы сақтандыру аумағынан мерзімінен бұрын шыққанда;

9.1.8. Сақтанушы мен Сақтандырушы арасындағы келісім бойынша Шарт бұзылғанда;

9.1.9. Сақтанушының бастамасы бойынша Шарттың Ережелері мен талаптарына сәйкес Шарт бұзылғанда;

9.1.10. Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген өзге жағдайларда.

9.2. Шарттың мерзімінен бұрын тоқтатуға әкеп соғатын мән-жайлар басталғаннан кейін мүдделі тарап (Сақтанушы немесе Сақтандырушы) Шарт туралы мәліметтерді, бұзу негіздерін көрсете отырып және растайтын құжаттардың көшірмелерін қоса бере отырып, екінші тараптың атына мерзімінен бұрын тоқтату туралы хат жібереді.

9.3. Осы баптың 9.1.2.-9.1.5., 9.1.7.-9.1.8., 9.1.10. тармақшаларында көрсетілген мән-жайлар бойынша «BASE» сапар түрімен Шарт мерзімінен бұрын тоқтатылған кезде Сақтандырушы сақтандыру сыйақысының бір бөлігін қайтару сомасын келесі формула бойынша есептейді:

$$CCB = CC - CC1 - CT - IЖ, \text{ мұндағы}$$

CCB (өтелуге жататын сақтандыру сыйақысының бөлігі);

CC (төленген сақтандыру сыйақысы);

CC1 (ұсталған сақтандыру сыйақысы). Ұсталған сақтандыру сыйақысы Шарттың қолданылу мерзіміне тікелей пропорционалды түрде күндермен (басталған күннен бастап тоқтатылған күнге дейін) есептеледі;

CT (сақтандыру төлемінің сомасы);

IЖ (егер ҚР АҚ 842-бабының 2-тармағында өзгеше көзделмесе, Сақтандырушының істі жүргізуге кеткен шығындары 15% мөлшерінде).

9.4. Осы баптың 9.1.2.-9.1.5., 9.1.7.-9.1.8., 9.1.10. тармақшаларында көрсетілген мән-жайлар бойынша «MULTI» сапар түрімен Шарт мерзімінен бұрын тоқтатылған кезде Сақтандырушы сақтандыру сыйақысының бір бөлігін қайтару сомасын келесі формула бойынша есептейді:

$$CCB = CC - CC1 - CT - IЖ, \text{ мұндағы}$$

CCB (өтелуге жататын сақтандыру сыйақысының бөлігі);

CC (төленген сақтандыру сыйақысы);

CC1 (ұсталған сақтандыру сыйақысы). Ұсталған сақтандыру сыйақысының есебі сақтандыру қорғанысының мерзіміне тікелей пропорционалды түрде күндермен есептеледі.

CT (сақтандыру төлемінің сомасы).

IЖ (егер ҚР АҚ 842-бабының 2-тармағында өзгеше көзделмесе, Сақтандырушының істі жүргізуге кеткен шығындары 15% мөлшерінде).

9.5. Шарт осы баптың 9.1.9-тармақшасында көзделген негіздемелер бойынша тоқтатылған жағдайда, егер Шарттың неғұрлым кеш мерзімі Сақтанушының өтінішінде көрсетілмесе, Сақтанушы жазбаша өтініш берген күннен бастап Шарт тоқтатылған болып саналады.

9.6. Сақтанушы Шарттың қолданылу мерзімі басталғаннан кейін Шарттан бас тартқан жағдайда, егер сақтандыру шарттарында өзгеше көзделмесе, ұсталған сақтандыру сыйақысы қайтарылмайды.

9.7. Шарт оның қолданылу мерзімінің аяқталуы ретінде анықталған күні сағат 24.00-де тоқтатылады.

9.8. Төленген сақтандыру сыйақысын қайтару мәселесі сақтандыру шарттарына, сақтандыру төлемдерінің болуына немесе болмауына және реттелмеген талаптарға байланысты шешіледі.

9.9. Шарт бұзылған жағдайда ол бойынша реттелмеген талаптар қалады, сақтандыру сыйақысын қайтаруды есептеу талаптар түпкілікті реттелгеннен кейін жүргізіледі.

10.Өзге шарттар.

10.1. Шартта тікелей реттелмеген құқықтық қатынастарға Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасының нормалары қолданылады. Шартты іске асыру процесінде туындайтын барлық даулар мен келіспеушіліктерді Тараптар келіссөздер жолымен шешеді. Келісімге келмеген жағдайда даулар жауапкердің орналасқан жері бойынша Қазақстан Республикасының азаматтық сот ісін жүргізу тәртібімен шешіледі.

10.2. Сақтандырушы «Қылмыстық жолмен алынған кірістерді заңдастыруға (жылыстатуға) және терроризмді қаржыландыруға қарсы іс-қимыл туралы» Қазақстан Республикасы Заңының (әрі қарай – КЖК/ТҚ туралы Заң) талаптарына сәйкес Сақтанушыны (Сақтандырылушыны, Пайда алушыны, бенефициарлық меншік иесін (ол бар болған кезде) тиісінше тексеру үшін қажетті құжаттар мен мәліметтерді сұратуға, сондай-ақ қылмыстық жолмен алынған кірістерді заңдастыру (жылыстату) және терроризмді қаржыландыру мақсатында пайдаланылады деген күдік болған жағдайда Сақтанушымен іскерлік қатынастарды тоқтатуға құқылы.

10.3. Сақтанушы Сақтандырушының сұранысы бойынша бенефициарлық меншік иесі (ол бар болған кезде) туралы ақпаратты қоса алғанда КЖК/ТҚ туралы ҚР Заңының талаптарына сәйкес Сақтанушыны (Сақтандырылушыны, Пайда алушыны, бенефициарлық меншік иесін (ол бар болған кезде) тиісінше тексеру үшін қажетті ақпараттар мен құжаттарды ұсынуға міндетті.

10.4. Сақтандырушы Ережелерге сәйкес Сақтанушының (Пайда алушының) атына жіберетін барлық хаттар мен хабарламалар келесі талаптардың бірі сақталған кезде тиісті үлгіде жіберілген болып саналады:

- хабарлама Шартта немесе сақтандыру жағдайы туралы хабарламада көрсетілген мекен-жай бойынша пошта жөнелтілімімен жіберілсе;

- хабарлама Сақтанушының (Пайда алушының) атынан берілген байланыс деректері бар Шартта немесе өзге құжатта (хабарламада, төлемге өтініште) көрсетілген телефон немесе мекен-жай бойынша хабарламаларды жіберудің өзге де сервисін пайдалана отырып, СМС-хат немесе хабарлама түрінде жіберілсе;

- хабарлама Шартта немесе сақтандыру жағдайы туралы хабарламада көрсетілген электрондық пошта мекен-жайы бойынша электрондық пошта хабарламасы түрінде жіберілсе.

10.5. Мекен-жайлар және/немесе деректемелер өзгерген жағдайда Сақтанушы бұл туралы Сақтандырушыға алдын ала хабарлауға міндетті. Егер Сақтандырушыға мекен-жайдың және (немесе) екінші тараптың деректемелерінің өзгергені туралы алдын ала хабарланбаған болса, онда бұрынғы белгілі мекен-жай бойынша Сақтанушыға жіберілген барлық хаттар мен хабарламалар олар бұрынғы мекен-жай бойынша келіп түскен күнінен бастап алынған болып саналады.

Настоящие условия добровольного страхования на случай заболевания и/или иного расстройства здоровья граждан, выезжающих за пределы места постоянного проживания «HAPPY TRAVEL» (оферта) в соответствии со ст. 395 Гражданского кодекса Республики Казахстан являются предложением АО «СК «АСКО» (далее по тексту - Страховщик) заключить договор добровольного страхования на случай заболевания и/или иного расстройства здоровья граждан, выезжающих за пределы места постоянного проживания «HAPPY TRAVEL» (далее по тексту - Договор или полис).

1.Предмет Договора.

1.1. По Договору Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик обязуется выписать полис и при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату в пределах страховой суммы.

1.2. Полис является подтверждением присоединения Страхователя к условиям оферты, а значит полное ее принятие без ограничений.

2. Страховой случай. Страховые риски.

2.1. Страховым случаем является свершившееся непредвиденное событие, предусмотренное Договором, приведшее к смерти либо причинению вреда здоровью Застрахованного в результате заболевания и/или иного расстройства здоровья.

2.2. Страховым случаем по Договору является:

2.2.1. смерть или причинение вреда здоровью Застрахованного в результате заболевания и/или иного расстройства здоровья;

2.2.2. обращение Застрахованного за оказанием медицинской помощи в связи с заболеванием и/или иным расстройством здоровья;

2.3. Страховщик обеспечивает страховую защиту по рискам:

2.3.1. **«Медицинский совет по телефону»** – медицинские консультации Застрахованному по телефону, оказанные круглосуточной диспетчерской службой Ассистанс;

2.3.2. **«Теле-медицинские консультации»** - дистанционное предоставление услуг Застрахованному медицинским учреждением при обращениях с жалобами на:

- катаральные проявления (кашель, насморк, повышенная температура);

- гастралгические симптомы - диарея, отрыжка, рвота, флатуленция – без повышения температуры;

- мелкие травмы, ранки и царапины (только по согласованию с дежурным врачом сервисной службы);

- головную боль (только по согласованию с дежурным врачом сервисной службы).

2.3.3. **«Экстренная стоматология»** – экстренное лечение собственных зубов Застрахованного после несчастного случая или при возникновении острой зубной боли с целью обеспечить обезболивание и их сохранение/удаление, исключая последующее восстановительное лечение;

2.3.4. **«Срочная медицинская помощь (амбулаторное медицинское обслуживание)»** — предоставление амбулаторно-поликлинических услуг Застрахованному: осмотр и консультации врачей-специалистов, проведение лабораторных исследований и диагностики по экстренным неотложным показаниям для установления диагноза;

2.3.5. **«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;

2.3.6. **«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;

2.3.7. **«Медицинская эвакуация и репатриация»** – транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья, в том числе лиц находящихся на лечении в медицинских учреждениях, а также организация выезда Застрахованного из-за границы до ближайшего к месту его жительства международного аэропорта в Республике Казахстан либо международного аэропорта страны гражданства, в том числе когда расходы по пребыванию в стационаре на территории страхования могут превысить объем ответственности Страховщика, или при условии отсутствия в стране временного пребывания возможности для предоставления требуемой медицинской помощи;

2.3.8. **«Медикаментозное обеспечение, связанное с амбулаторным медицинским обслуживанием»** - снабжение Застрахованного медикаментами и перевязочными материалами;

2.3.9. **«Посмертная репатриация»** – транспортировка тела Застрахованного до ближайшего к месту захоронения международного аэропорта страны постоянного проживания, исключая расходы по похоронам и погребению;

2.3.10. **«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 для посещения больного. Расходы по проживанию близкого родственника в стране госпитализации Застрахованного Страховщиком не покрываются.

К чрезвычайным транспортным расходам также относятся расходы, связанные с возвращением несовершеннолетних детей Застрахованного. Если дети, находящиеся на иждивении Застрахованного, остаются на территории страхования без присмотра из-за заболевания и/или иного расстройства здоровья с последним, Страховщик возмещает расходы за проезд несовершеннолетних лиц Застрахованного 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.

2.4. В рамках Договора Страхователь имеет возможность выбрать дополнительный риск:

2.4.1. **«COVID»** - покрытие расходов, связанных с назначением лекарственных препаратов, госпитализацией и лечением острого инфекционного заболевания, возбудителем которого является коронавирус;

2.4.2. **«Активный отдых - экстрим»** - покрытие расходов, связанных с заболеванием и/или иным расстройством здоровья при посещении водных аттракционов, езде на велосипеде, автомобиле, мопеде, скутере, мотороллере, мотоцикле (в том числе водном), занятиях пляжными видами спорта, верховой ездой (на лошадях, верблюдах, слонах и других животных), при катании на специально оборудованных трассах на коньках, горных лыжах и сноубордах, езде на снегоходах и т.п., при занятии треккингом, альпинизмом, скалолазанием, дайвингом и охотой (в том числе подводной), спуске в пещеры и катании на трассах выше «красного» уровня или вне подготовленных трасс, рафтинге по реке, парашютизме, при участии Застрахованного в организованных по определенным правилам спортивных соревнованиях.

3. Исключение из страховых случаев. Ограничение страхования.

3.1. Страховой защитой не покрываются:

3.1.1. затраты на лабораторные анализы по выявлению коронавирусного заболевания (COVID), в профилактических целях (при въезде или выезде на территорию страхования) для предъявления в компетентные органы, затраты, связанные с проживанием в условиях карантина по коронавирусному заболеванию (COVID);

3.1.2. расходы, связанные с лечением хронического заболевания, а также его обострением и/или осложнением, за исключением внезапных обострений и/или осложнений, прямо угрожающих жизни Застрахованного;

3.1.3. расходы, связанные с оказанием плановой формы медицинской помощи;

3.1.4. расходы, связанные с лечением нервных, психических заболеваний и их обострения, эпилепсии (первичная и симптоматическая, судорожные припадки), а также связанные с ними травматические повреждения, депрессии, самоубийства и попыткой самоубийства, умышленного членовредительства;

3.1.5. расходы, связанные с пластической и восстановительной хирургией, акупунктурой и физиотерапией, косметологическим и иным лечением, связанным с устранением недостатков внешности и телесных аномалий и всякого рода протезированием, включая зубное, в том числе установление коронок, глазное, слухопротезирование, протезирование суставов, приобретение очков, контактных линз, слуховых аппаратов, а также расходы по оплате хирургических вмешательств на сердце и сосудах (аортокоронарное шунтирование и др.) даже при наличии медицинских показаний к их проведению;

3.1.6. расходы, связанные с лечением заболеваний и/или иных расстройств здоровья, вызванных прямым или косвенным воздействием излучения любого рода, включая вибрацию, ультразвук, электромагнитное, лазерное, солнечное излучения, электросварку, гипертермию, декомпрессию;

3.1.7. расходы, связанные с заболеваниями, передаваемыми половым путем, изменением пола или другими состояниями полового характера, бесплодием или связанным с этим состоянием здоровьем или другими формами искусственной репродукции. Расходы по уходу или лечению, связанные с вирусом иммунодефицита или ВИЧ-заболеваниями, включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) или СПИД-ассоциированный комплекс и прочими аналогичными инфекциями, заболевания, повреждения или показания, проистекающие из этих состояний, независимо от того, чем они были вызваны;

3.1.8. расходы, связанные с лечебными манипуляциями – ятрогенными повреждениями;

3.1.9. расходы, связанные с лечением онкологических заболеваний, в том числе впервые выявленные;

3.1.10. расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья, связанное с лечением, которое Застрахованный проходил до начала страхования;

3.1.11. расходы на лечение инфекционных и паразитарных заболеваний, которые могли быть предотвращены вакцинацией и/или являющиеся следствием нарушения Застрахованным профилактических карантинных мероприятий после контакта с заболевшим, требующие госпитализации в инфекционный стационар и/или изолятор, в том числе туберкулез, полиомиелит, нейроинфекция, вирус атипичной пневмонии, грипп и их последствия независимо от клинической формы и стадии процесса;

3.1.12. расходы на лечение туберкулеза и саркоидоза, независимо от клинической формы и стадии процесса;

3.1.13. расходы на лечение псориаза, глубокой микозы, сахарного диабета, врожденных аномалий и пороков развития, системных заболеваний соединительной ткани (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, дерматомиозит), системного васкулита (узелковый периартрит, геморрагический васкулит), амилоидоза, хронической почечной недостаточности, в том числе требующей проведения внепочечного очищения крови;

3.1.14. расходы, связанные с заболеванием или последствиями (осложнениями) заболевания всеми видами гепатита;

3.1.15. расходы, связанные с острым отравлением алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами, лечением от алкоголизма, наркомании и прочих злоупотреблений/зависимостей или другого состояния, связанного с привыканием или с лечением болезненных состояний, вызванных приемом наркотических, токсических веществ, алкогольных напитков, а также лечением травм, полученных Застрахованным, находящимся при получении травмы под воздействием вышеуказанных веществ;

3.1.16. затраты, связанные с беременностью (включая осложнения), родовспоможением и искусственным прерыванием беременности, кроме случаев внезапного осложнения, угрожающего жизни или документально подтвержденного расстройства здоровья, на искусственное осеменение, лечение бесплодия и расходы по предупреждению зачатия, на операцию по проведению кесарева сечения в плановом порядке, не согласованные со специалистами Страховщика как необходимые, и последующее лечение после таких родов, расходы на проведение предродовых занятий, акушерские расходы, непосредственно не связанные с родами;

3.1.17. расходы, связанные с контрацепцией, стерилизацией, оплодотворением, вазэктомией, венерическими заболеваниями и заболеваниями, передаваемыми половым путем;

3.1.18. расходы, связанные с лечением инфекционных или вирусных заболеваний Застрахованного, выехавшего на территорию страхования с целью работы по контракту (в связи с оказанием медицинских услуг) по уходу за больными с инфекционным или вирусным заболеваниями;

3.1.19. расходы, связанные с лечением наследственных заболеваний;

3.1.20. расходы, связанные с трансплантацией и имплантацией органов и тканей;

3.1.21. расходы, связанные с лечением заболеваний и/или иных расстройств здоровья, полученных в автотранспортной аварии, если Застрахованный:

а) управлял средством транспорта, не имея водительского удостоверения, или при наличии удостоверения, не имея права управления транспортным средством соответствующей категории или подкатегории;

б) управлял транспортным средством, находясь в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

в) находился в транспортном средстве (в качестве пассажира), управляемом лицом, находившимся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.1.22. расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если действие лицензии было приостановлено, расходы на лечение нетрадиционными методами (народная медицина, целительство), а также расходы, связанные с лечением Застрахованного и/или уходом за ним, осуществляемые его родственниками, независимо от того, являются ли они дипломированными медицинскими работниками;

3.1.23. расходы на приобретение лекарственных препаратов, если таковые предписываются, состав которых скрывается составителем, а также расходы, связанные с приобретением пищевых продуктов, укрепляющих средств, средств для похудения, косметических средств;

3.1.24. расходы вследствие получения плановой формы медицинской помощи: лечебный массаж и мануальную терапию, профилактическое обследование, общий медицинский осмотр, прививки, санаторно-курортного лечения, санатория, терапевтического или попечительского ухода, в том числе исследования клеща, прививок, кроме

профилактического введения препаратов, назначенных врачом при подозрении на возможное заражение бешенством или столбняком;

3.1.25. расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;

3.1.26. расходы, связанные с нарушением Застрахованным правил профилактики заболеваний, эндемичных для страны временного пребывания, о которых он был проинформирован, а также невыполнением предписаний врача;

3.1.27. расходы, связанные с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, наступившие во время пребывания за границей с целью получения лечения;

3.1.28. расходы, связанные с обследованием и лечением заболеваний научно не признанными методами, а также расходы на приобретение несертифицированных лекарственных препаратов;

3.1.29. расходы по предоставлению дополнительного комфорта во время пребывания на стационарном лечении;

3.1.30. затраты на эвакуацию в случае болезней или травм, которые поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного;

3.1.31. расходы, связанные с лечением заболеваний и/или иных расстройств здоровья, наступившие вследствие грубой неосторожности и/или умысла и/или противоправными действиями Страхователя (Застрахованного);

3.1.32. расходы, связанные с предоставлением переводчика в связи с получением медицинских, транспортных и иных услуг, предусмотренных Договором;

3.1.33. расходы по эвакуации/репатриации в случае незначительных заболеваний и/или иных расстройств здоровья, которые по мнению назначенного Страховщиком медицинского консультанта, поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного;

3.1.34. расходы в отношении любой эвакуации и/или репатриации, организованной не Страховщиком или медицинским ассистансом, а также расходы, возникшие в результате такой эвакуации и/или репатриации, расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации на постоянное место жительства, а также последующие расходы, возникшие после такого отказа;

3.1.35. расходы по организации плановой транспортировки до медицинского учреждения;

3.1.36. расходы, связанные с любыми претензиями, возникшими в ходе поездки, предпринятой несмотря на медицинские противопоказания;

3.1.37. любые расходы, связанные с поисково-спасательными мероприятиями с целью обнаружения Застрахованного в горах, на море, в пустыне, в джунглях или других удаленных районах;

3.1.38. расходы, связанные с причинением вреда здоровью или смерти Застрахованного, связанные с любыми последствиями войны (объявленной или необъявленной), военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной, народными волнениями или забастовками, в том числе участия Застрахованного в общественных беспорядках, службы в вооруженных силах и формированиях любых стран, воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.1.39. любые расходы, связанные с последующими переездами в связи с одним и тем же страховым случаем после возвращения Застрахованного к месту проживания;

3.1.40. расходы, связанные с нарушением правил техники безопасности при выполнении работы по найму;

3.1.41. расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного проживания;

3.1.42. расходы, понесенные Застрахованным в результате страхового случая, хотя и произошедшего в течение срока действия Договора, но причины наступления которого начали действовать до вступления его в силу;

3.1.43. ритуальные услуги, погребение и проведение поминальных обедов;

3.1.44. моральный вред, упущенная выгода, неустойка, штрафы, пени и иные косвенные убытки;

3.1.45. расходы, не предусмотренные условиями страхования.

3.2. Если иное не предусмотрено условиями страхования, страховой защитой не покрываются расходы, связанные с лечением заболеваний и/или иных расстройств здоровья:

3.2.1. вызванные любым занятием спортом (в качестве профессионала или любителя): передвижение на мопеде, скутере, мотоцикле, снегоходе, квадроцикле, гидроцикле, полет на летательном аппарате, управление им (кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом), полет на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, суперлегких летательных аппаратах, прыжки с парашютом, альпинизм, ледолазание, скалолазание, мото- и автогонки, дайвинг, любые виды спорта, связанные с животными, и иными опасными видами спорта, мероприятиями, связанными с повышенным риском;

3.2.2. связанные с участием в официально проводимых спортивных соревнованиях;

3.2.3. вследствие осуществления профессиональной деятельности по соглашению или Договору;

3.2.4. вследствие госпитализации, лечения и приобретения лекарственных препаратов, в связи с впервые диагностированным в период действия страховой защиты коронавирусным заболеванием (COVID).

3.3. Не подлежат страхованию лица:

3.3.1. старше 80 лет;

- 3.3.2. находящиеся на карантине с подозрением на коронавирусное заболевание (COVID), либо находившиеся на карантине менее чем за 10 (десять) дней до даты заключения Договора, а также у которых выявлен положительный ПЦР-тест на коронавирусное заболевание (COVID) на дату обращения Страхователя/Застрахованного с заявлением на заключение Договора;
- 3.3.3. выезжающие на территорию страхования с целью получения любого вида лечения;
- 3.3.4. находящиеся на момент заключения Договора на предполагаемой территории страхования;
- 3.3.5. выезжающие в страны, не рекомендованные для выезда межведомственными комиссиями, уполномоченными государственными органами, публикуемые на официальных источниках указанных ведомств;
- 3.3.6. с медицинскими противопоказаниями к перелету.

4. Порядок заключения Договора.

- 4.1. Договор заключается при обращении Страхователя к Страховщику.
- 4.2. Договор заключается на срок, согласованный сторонами.
- 4.3. Страхователь вправе по своему усмотрению выбрать один из предложенных типов поездки:
- 4.3.1. **«BASE»** - однократное посещение страны временного пребывания сроком до 365 дней, с указанием конкретных сроков пребывания. Срок действия Договора совпадает со сроком страховой защиты.
- 4.3.2. **«MULTI»** - многократное посещение стран временного пребывания сроком до 365 дней. Срок действия Договора не совпадает со сроком страховой защиты.
- 4.4. Страхователь дополнительно имеет возможность подключить к выбранному типу поездки услугу **«Вернем деньги»** - возврат оплаченной страховой премии в полном объеме, при предъявлении документа о не выезде Застрахованного на территорию страхования при условии, что **действие Договора не превысило 7 (семь) календарных дней**, а сам Договор заключен на срок не менее 14 (четырнадцать) календарных дней;
- 4.5. Правила вручаются Страхователю путем указания в Договоре ссылки на место расположения текста Правил на сайте Страховщика в информационно - телекоммуникационной сети Интернет. Получение Правил указанным способом (без вручения текста Правил на бумажном носителе) не освобождает Страхователя/Застрахованного от обязанностей, которые предусмотрены настоящими условиями страхования. По требованию Страхователя Страховщик может дополнительно вручить ему Правила путем их направления на адрес электронной почты.
- 4.6. Договор, если в нем не предусмотрены иные условия, вступает в силу с даты его подписания.
- 4.7. Если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством РК, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.
- 4.8. Страховщик вправе отказать в заключении Договора без объяснения причин.

5. Права и обязанности сторон.

- 5.1. Страхователь вправе:
- 5.1.1. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору;
- 5.1.2. получить дубликат Договора в случае его утраты;
- 5.1.3. на получение объема медицинских услуг в соответствии с условиями страхования;
- 5.1.4. осуществлять контроль за выполнением условий Договора;
- 5.1.5. в письменном виде сообщать Страховщику о случаях непредоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг;
- 5.1.6. оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
- 5.1.7. досрочно прекратить Договор.
- 5.2. Страхователь (Застрахованный) обязан:
- 5.2.1. предоставлять Страховщику достоверную информацию, необходимую для оценки страхового риска;
- 5.2.2. уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором;
- 5.2.3. для получения дубликата Договора в письменном виде обратиться к Страховщику;
- 5.2.4. информировать Страховщика о состоянии страхового риска;
- 5.2.5. уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, установленные условиями Договора;
- 5.2.6. согласовать свои действия с Ассистансом и следовать его инструкциям;
- 5.2.7. при наступлении страхового случая принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы предотвратить или уменьшить возможные убытки;
- 5.2.8. следовать указаниям врачей;

- 5.2.9. уполномочить врачей, медицинские организации и иных уполномоченных лиц выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы;
- 5.2.10. предоставить Страховщику всю информацию (при необходимости – в письменной форме) и документацию, позволяющую судить о причинах, ходе наступления страхового случая, а также характере и размерах причиненного вреда;
- 5.2.11. обеспечить переход к Страховщику права обратного требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
- 5.2.12. обратиться в медицинскую организацию по согласованию с Ассистансом и/или Страховщиком, предъявив Договор и документ, удостоверяющий личность;
- 5.2.13. при получении медицинских услуг уплатить разницу, превышающую лимиты, установленные страхованием;
- 5.2.14. не препятствовать представителю Страховщика или Ассистанса в получении информации от лечащего врача о ходе лечения.
- 5.3. Страховщик вправе:
- 5.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение требований и условий Договора;
- 5.3.2. для решения 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;
- 5.3.3. проводить проверку представленных документов по страховому случаю, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также требовать дополнительного медицинского освидетельствования Застрахованного;
- 5.3.4. потребовать досрочного прекращения Договора, 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;
- 5.3.5. не оплачивать медицинские услуги, оказанные Застрахованному сверх лимитов затрат, предусмотренных условиями страхования;
- 5.3.6. отказать в осуществлении страховой выплаты полностью или частично по основаниям, предусмотренным условиями Договора.
- 5.4. Страховщик обязан:
- 5.4.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования и по его требованию предъявить копию Правил;
- 5.4.2. обеспечить предоставление медицинских услуг Застрахованному посредством услуг Ассистанса;
- 5.4.3. контролировать объем и качество оказываемой Застрахованному медицинской помощи в соответствии с условиями Договора;
- 5.4.4. соблюдать тайну страхования;
- 5.5. Условиями страхования могут быть предусмотрены и другие права и обязанности Страховщика и Страхователя, не противоречащие законодательству РК.

6. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая

- 6.1. Страхователь (Застрахованный) не позднее 24 часов с момента наступления страхового случая должен уведомить Ассистанс либо Страховщика для согласования обращения за медицинской и/или медико–транспортной помощью. При этом следует сообщить следующую информацию:
- 6.1.1. фамилию, имя, отчество (при его наличии) Застрахованного;
- 6.1.2. номер Договора и период его действия;
- 6.1.3. наименование Страховщика;
- 6.1.4. дату, время и место наступления страхового случая;
- 6.1.5. подробное описание обстоятельств происшедшего случая и характер требуемой помощи;
- 6.1.6. местонахождение Застрахованного и номер телефона для обратной связи.
- 6.2. В случае отсутствия диспетчерского центра Ассистанса в стране пребывания Страхователь (Застрахованный) оплачивает расходы самостоятельно, а Страховщик возмещает ему эти расходы в соответствии с условиями страхования.
- 6.3. Если страховым случаем является смерть Застрахованного, то срок уведомления Страховщика о страховом случае продлевается до 30 (тридцати) календарных дней.
- 6.4. В отдельных случаях, если по уважительным причинам Страхователь (Застрахованный) не уведомил Ассистанс и Застрахованному уже оказывается медицинская помощь, Страхователь (Застрахованный) или их представитель в течение 24 часов обязан известить о происшедшем Ассистанс, с указанием наименования, адреса и контактов медицинского учреждения, оказывающего медицинские услуги.

7. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая.

- 7.1. Расходы по медицинским услугам, полученным Страхователем (Застрахованным) через Ассистанс (в отдельных случаях местных корреспондентов) в стране пребывания, возмещаются непосредственно Ассистансу, при этом расходы, превышающие страховую сумму, оплачиваются Страхователем (Застрахованным) самостоятельно.
- 7.2. Для получения страховой выплаты в случае отсутствия Ассистанса в стране пребывания, Застрахованный представляет Страховщику:
- 7.2.1. заявление о наступлении страхового случая;
- 7.2.2. Договор (его дубликат);
- 7.2.3. копии всех страниц документа, удостоверяющего личность Застрахованного;
- 7.2.4. оригинал или нотариально заверенная копия заключения соответствующего медицинского учреждения с указанием Ф.И.О. Застрахованного, характера причиненного ему вреда, диагноза, даты обращения (госпитализации);
- 7.2.5. оригинал или нотариально заверенная копия заключения медицинского учреждения, констатировавшего смерть Застрахованного, с указанием даты и причины смерти;
- 7.2.6. нотариально заверенная копия свидетельства о смерти или уведомления о смерти (в случае смерти Застрахованного);
- 7.2.7. оригиналы счетов, фискальных, товарных чеков, квитанций об оплате из медицинских учреждений, подтверждающих прохождение процедур, прием врачей, с указанием наименования каждой процедуры, приема, их количества, стоимости, даты оплаты и Ф.И.О. Застрахованного. В случае отсутствия указания валюты платежа в счетах, фискальных товарных чеках, квитанций и других документах, подтверждающих оплату, Страховщик осуществляет расчет страховой выплаты в тенге по официальному курсу Национального Банка РК валюты страны пребывания (в которой понесены фактические расходы) на дату заключения Договора;
- 7.2.8. оригиналы или нотариально заверенные копии подробных назначений лечащего врача на прохождение процедур, прием врачей, за которые выставлены счета с указанием даты приема, диагноза, послужившего причиной назначения и Ф.И.О. Застрахованного;
- 7.2.9. нотариально заверенные копии амбулаторной карты, истории болезни либо выписок из указанных документов, заверенные уполномоченным лицом и скрепленные печатью соответствующего медицинского учреждения, оригиналы рентгеновских снимков;
- 7.2.10. если страховой случай наступил вследствие иного расстройства здоровья дополнительно – оригиналы или заверенные уполномоченными лицами копии соответствующих документов компетентных органов (документы органов внутренних дел, прокуратуры, следствия, дознания, судебных органов, органов пожарного надзора и т.п.), подтверждающие наступление страхового случая, причиненный вред, устанавливающие виновных в причинении вреда лиц;
- 7.2.11. квитанции по оплате услуг репатриации – в случае смерти Застрахованного;
- 7.2.12. сведения, необходимые для перечисления страховой выплаты.
- 7.3. Все документы, перечисленные в настоящем разделе, должны быть предоставлены Страховщику на русском или казахском или в переводе на русский или казахский языки, при этом перевод должен подписан уполномоченным лицом компетентной организации, заверен нотариально, а также заверен штампом апостиля, в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента прибытия на территорию Республики Казахстан.
- 7.4. Страховщик, принявший документы, составляет в двух экземплярах справку-опись с указанием полного перечня предоставленных заявителем документов и даты их принятия. Один экземпляр справки-описи выдается заявителю, второй экземпляр с отметкой заявителя о ее получении остается у Страховщика.
- 7.5. Документы, предоставляемые Страховщику, должны содержать исчерпывающую информацию о факте и причинах наступления страхового случая и размере причиненных убытков.
- 7.6. Страховщик уведомляет о недостающих документах в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления об осуществлении страховой выплаты.
- 7.7. Страховщик оставляет за собой право проверки всех предоставленных документов и проведения собственного расследования вплоть до проведения медицинского освидетельствования Застрахованного и самостоятельного выяснения причин и обстоятельств наступления страхового случая.
- 7.8. Страховщик вправе принять решение о выплате страхового возмещения и компенсации понесенных Застрахованным расходов на основании копий документов и в период нахождения Застрахованного на территории страхования, при условии, что эти затраты согласованы со Страховщиком, а в стране пребывания отсутствуют необходимые лечебные учреждения из сети Ассистанса.

8. Порядок и условия осуществления страховой выплаты.

8.1. Страховая выплата производится за вычетом ранее произведенных выплат. Общая сумма страховых выплат по страховым случаям, произошедшим в период действия страховой защиты, не может превышать страховой суммы, определенной Договором.

8.2. Покрываемые риски и лимиты страхового покрытия:

Покрываемые риски	Страховая сумма и лимиты страхового покрытия
-------------------	--

	("+" покрытие в пределах страховой суммы)					
	15 000	20 000	30 000	50 000	70 000	100 000
Медицинский совет по телефону	+	+	+	+	+	+
Теле-медицинские консультации	1 консультация	1 консультация	1 консультация	1 консультация	1 консультация	1 консультация
Экстренная стоматология (не более)	100	130	200	300	450	600
Срочная медицинская помощь (амбулаторное медицинское обслуживание)	+	+	+	+	+	+
Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание)	+	+	+	+	+	+
Медицинская транспортировка по показаниям	+	+	+	+	+	+
Медицинская эвакуация и репатриация	+	+	+	+	+	+
Медикаментозное обеспечение, связанное с амбулаторным медицинским обслуживанием	+	+	+	+	+	+
Посмертная репатриация	+	+	+	+	+	+
Чрезвычайные транспортные расходы (не более)	1 500	3 000	4 500	7 500	10 500	15 000

8.3. Страховая выплата производится Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов.

8.4. Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также проводить медицинское освидетельствование Застрахованного. При необходимости получения дополнительной информации, срок принятия решения о страховой выплате может быть увеличен до 30-ти рабочих дней.

8.5. 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.

8.6. Страховщик вправе отказать в осуществлении страховой выплаты полностью либо частично, если Страхователь (Застрахованный):

8.6.1. не известил либо своевременно не известил о страховом случае в порядке и сроки, установленные условиями страхования;

8.6.2. не представил в установленный Договором срок либо после направления уведомления документы и сведения, необходимые для установления причин, характера расстройства здоровья и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;

8.6.3. препятствовал Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера вреда, причиненного здоровью Застрахованного;

8.6.4. 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;

8.6.5. не выполнял или нарушал больничный режим лечащего врача;

8.6.6. умышленно не принял меры по уменьшению убытков от страхового случая;

8.7. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения в случаях, предусмотренных законодательством РК, а также в случаях, возникших в результате:

8.7.1. получения заболеваний и/или иного расстройства здоровья, вызванных преступными или противоправными действиями Страхователя, Застрахованного;

8.7.2. если Страхователь/Застрахованный отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя/Застрахованного. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне выплаченной суммы возмещения;

8.7.3. если информация и документы, представленные Застрахованным Страховщику с целью получения страховой выплаты, содержат противоречивые, недостоверные или заведомо ложные сведения о причинах и обстоятельствах страхового случая, а также видах и стоимости оказанных в связи со страховым случаем услуг.

8.8. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения если стало известно, что на дату заключения Договора Застрахованный:

8.8.1. находился на карантине с подозрением на коронавирусное заболевание (COVID), либо находился на карантине менее чем за 10 (десять) дней до даты заключения Договора, а также выявлен положительный ПЦР-тест на коронавирусное заболевание (COVID);

8.8.2. выехал на территорию страхования с целью получения любого вида лечения;

8.8.3. находился на предполагаемой территории страхования;

8.8.4. находился в странах, не рекомендованные для выезда межведомственной комиссией РК, МИД РК или другим уполномоченным государственным органом, публикуемые на официальных источниках указанных ведомств;

8.8.5. имел/имеет медицинские противопоказания к перелету.

9. Расторжение и досрочное прекращение Договора.

9.1. Договор прекращает свое действие в случаях:

9.1.1. истечения срока действия;

9.1.2. когда перестал существовать объект страхования;

9.1.3. когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

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

9.1.5. в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности»;

9.1.6. при осуществлении страховых выплат в размере полной страховой суммы;

9.1.7. досрочного выезда Застрахованного с территории страхования, если иное не предусмотрено условиями страхования;

9.1.8. расторжения Договора по соглашению между Страхователем и Страховщиком;

9.1.9. расторжения Договора по инициативе Страхователя, в соответствии с Правилами и условиями Договора;

9.1.10. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

9.2. После наступления обстоятельств, влекущих досрочное прекращение Договора, заинтересованная сторона (Страхователь или Страховщик) направляет письмо о досрочном прекращении в адрес другой стороны с указанием сведений о Договоре, оснований расторжения и с приложением копий подтверждающих документов.

9.3. При досрочном прекращении Договора с типом поездки «BASE», по обстоятельствам, указанным в пп.9.1.2. - 9.1.5., 9.1.7.-9.1.8., 9.1.10. настоящей статьи, Страховщик производит расчет суммы возврата части страховой премии по следующей формуле:

$$\text{ЧСП} = \text{СП} - \text{СП1} - \text{СВ} - \text{ВД}, \text{ где}$$

ЧСП (часть страховой премии, подлежащая возврату);

СП (уплаченная страховая премия);

СП1 (удержанная страховая премия). Удержанная страховая премия рассчитывается прямо пропорционально сроку действия Договора в днях (с даты начала до даты его прекращения);

СВ (сумма страховых выплат);

ВД (расходы Страховщика на ведение дела в размере 15%, если иное не предусмотрено п.2 ст.842 ГК РК).

9.4. При досрочном прекращении Договора с типом поездки «MULTI», по обстоятельствам, указанным в пп.9.1.2. - 9.1.5., 9.1.7.-9.1.8., 9.1.10. настоящей статьи, Страховщик производит расчет суммы возврата части страховой премии по следующей формуле:

$$\text{ЧСП} = \text{СП} - \text{СП1} - \text{СВ} - \text{ВД}, \text{ где}$$

ЧСП (часть страховой премии, подлежащая возврату);

СП (уплаченная страховая премия);

СП1 (удержанная страховая премия). Расчет удержанная страховой премии рассчитывается прямо пропорционально от срока страховой защиты в днях.

СВ (сумма страховых выплат).

ВД (расходы Страховщика на ведение дела в размере 15%, если иное не предусмотрено п.2 ст.842 ГК РК);

9.5. В случае прекращения Договора по основаниям, предусмотренным пп.9.1.9. настоящей статьи, Договор считается прекращенным с даты подачи Страхователем письменного заявления, если более поздний срок Договора не указан в заявлении Страхователя.

9.6. В случае отказа Страхователя от Договора после его начала срока действия, уплаченная страховая премия не возвращается, если иное не предусмотрено условиями страхования.

9.7. Договор прекращается в 24.00 часа дня, определенного как окончание срока его действия.

9.8. Вопрос возврата уплаченной страховой премии решается в зависимости от условий страхования, наличия или отсутствия страховых выплат и неурегулированных претензий.

9.9. В случае расторжения Договора, по которому на момент расторжения остаются неурегулированные претензии, расчет возврата страховой премии производится после окончательного урегулирования претензии.

10. Прочие условия.

10.1. К правоотношениям, прямо не урегулированным Договором, применяются нормы действующего законодательства Республики Казахстан. Все споры и разногласия, возникающие в процессе реализации Договора, Стороны разрешают путем переговоров. В случае недостижения согласия, споры разрешаются в порядке гражданского судопроизводства Республики Казахстан по месту нахождения ответчика.

10.2. Страховщик вправе запрашивать документы и сведения, необходимые для надлежащей проверки Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя, бенефициарного собственника (при его наличии)) в соответствии с требованиями Закона Республики Казахстан «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных

преступным путем, и финансированию терроризма» (далее – Закон РК о ПОД/ФТ), а также прекратить деловые отношения со Страхователем в случае наличия подозрений о том, что деловые отношения используются в целях легализации (отмывания) доходов, полученных преступным путем, или финансирования терроризма.

10.3. Страхователь по запросу Страховщика обязан предоставить информацию и документы, необходимые для надлежащей проверки Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя, бенефициарного собственника (при его наличии)) в соответствии с требованиями Закона РК о ПОД/ФТ, включая информацию о бенефициарных собственниках (при их наличии).

10.4. Все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с Правилами, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

- уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре или в извещении о страховом случае;
- уведомление направлено в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений по телефону или адресу, указанному в Договоре или ином документе (извещение, заявление на выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Выгодоприобретателя);
- уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в Договоре или в извещении о страховом случае.

10.5. В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

These conditions of voluntary insurance in case of illness and / or other health disorder of citizens traveling outside the place of permanent residence "HAPPY TRAVEL" (offer) in accordance with Art. 395 of the Civil Code of the Republic of Kazakhstan are the proposal of IC ASKO JSC (hereinafter referred to as the Insurer) to conclude a voluntary insurance contract in case of illness and / or other health disorder of citizens traveling outside the place of permanent residence "HAPPY TRAVEL" (hereinafter referred to as - agreement or policy).

1. The Subject of the Agreement.

1.1. Under the Policy, the Insured undertakes to pay the insurance premium, and the Insurer undertakes to issue a policy and, upon the occurrence of an insured event, pay the insurance payment within the sum insured.

1.2. The policy is a confirmation of the Insured's accession to the terms of the offer, which means its full acceptance without restrictions.

2. Insured event. Insurance risks.

2.1. An insured event is an unforeseen event that has taken place, provided for by the Policy, which led to the death or harm to the health of the Insured as a result of illness and / or other health disorder.

2.2. The insured event under the Contract is:

2.2.1. death or harm to the health of the Insured as a result of illness and/or other health disorder;

2.2.2. application of the Insured for the provision of medical assistance in connection with a disease and / or other health disorder;

2.3. The insurer provides insurance protection against risks:

2.3.1. **"Медицинский совет по телефону"** - medical consultations to the Insured by phone, provided by the round-the-clock dispatch service of Assistance;

2.3.2. **"Теле-медицинские консультации"** - remote provision of services to the Insured Medical Institution in case of complaints about:

- catarrhal manifestations (cough, runny nose, fever);

- gastralgic symptoms - diarrhea, belching, vomiting, flatulence - without fever;

- minor injuries, wounds and scratches (only in agreement with the on-call service doctor);

- headache (only in agreement with the on-call service doctor).

2.3.3. **"Экстренная стоматология"** - emergency treatment of the Insured's own teeth after an accident or in the event of acute toothache in order to provide pain relief and their preservation/removal, excluding subsequent restorative treatment;

2.3.4. **"Срочная медицинская помощь (амбулаторное медицинское обслуживание)"** - the provision of outpatient services to the Insured: examination and consultations of specialist doctors, laboratory tests and diagnostics for emergency urgent indications to establish a diagnosis;

2.3.5. **"Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание)"** - conservative (therapeutic) and surgical treatment of the Insured in a hospital, including medication, laboratory tests and diagnostics related to establishing a diagnosis;

2.3.6. **"Медицинская транспортировка по показаниям"** - transportation of the Insured to a medical institution in the territory of insurance, associated with a sharp deterioration in his health and the need to provide him with medical care in outpatient and / or inpatient conditions, and / or to the nearest international airport for the purpose of his medical evacuation (repatriation) on specialized medical or other transport in the presence of qualified specialists;

2.3.7. **"Медицинская эвакуация и репатриация"** - transportation of citizens in order to save lives and preserve health, including those who are being treated in medical institutions, as well as organizing the departure of the Insured from abroad to the nearest international airport of his country of citizenship, including when the costs of staying in a hospital in the territory of insurance may exceed the scope of the Insurer's liability, or if there is no possibility in the country of temporary residence to provide the required medical care;

2.3.8. **"Медикаментозное обеспечение, связанное с амбулаторным медицинским обслуживанием"** - supply of medicines and dressings to the Insured;

2.3.9. **"Посмертная репатриация"** - transportation of the body of the Insured to the nearest international airport of the country of permanent residence to the place of burial, excluding funeral and burial expenses;

2.3.10. **"Чрезвычайные транспортные расходы"** - costs associated with the payment of transport for third parties. If the Insured traveling alone is hospitalized in the territory of insurance and, in the professional opinion of the doctor, the patient's condition is regarded as critical, the Insurer shall indemnify one person who is a close relative or spouse of the Insured for the cost of purchasing a return ticket in economy class to visit the patient. The cost of living of a close relative in the country of hospitalization of the Insured is not covered by the Insurer. Extraordinary transportation costs also include costs associated with the return of minor children of the Insured. If children dependent on the Insured remain unattended in the territory of insurance due to illness and / or other health disorder with the latter, the Insurer shall reimburse the expenses for travel of minors of the Insured to the country of permanent residence in economy class. To do this, the Insured applies to one of the Assistance dispatch centers, and also returns to the Insurer the cost of the ticket (s) (air, railway, auto, sea) for the travel of children, unused (s) in connection with the occurrence of an insured event.

2.4. Under the Policy, the Policyholder has the opportunity to choose an additional risk:

2.4.1. **"COVID"** - coverage of expenses related to the prescription of medicines, hospitalization and treatment of an acute infectious disease caused by coronavirus;

2.4.2. **"Активный отдых - экстрим"** - coverage of expenses associated with illness and / or other health disorder when visiting water attractions, riding a bicycle, car, moped, scooter, motor scooter, motorcycle (including water), practicing beach sports, horseback riding (on horses, camels, elephants and other animals), skating, skiing and snowboarding on specially equipped tracks, snowmobiling, etc., trekking, mountaineering, rock climbing, diving and hunting (including including underwater), descent into caves and skiing on trails above the "red" level or outside prepared trails, rafting on the river, parachuting, with the participation of the Insured in sports competitions organized according to certain rules.

3. Exclusion from insured events. Limitation of insurance.

3.1. Insurance coverage does not cover:

3.1.1. costs for laboratory tests to detect coronavirus disease (COVID), for preventive purposes (when entering or leaving the territory of insurance) for presentation to the competent authorities, costs associated with living in quarantine for coronavirus disease (COVID);

3.1.2. expenses associated with the treatment of a chronic disease, as well as its exacerbation and/or complication, except for sudden exacerbations and/or complications that directly threaten the life of the Insured;

3.1.3. expenses associated with the provision of a planned form of medical care;

3.1.4. expenses associated with the treatment of nervous, mental diseases and their exacerbation, epilepsy (primary and symptomatic, convulsive seizures), as well as traumatic injuries associated with them, depression, suicide and suicide attempt, intentional self-mutilation;

3.1.5. expenses associated with plastic and reconstructive surgery, acupuncture and physiotherapy, cosmetic and other treatment related to the elimination of shortcomings in appearance and bodily anomalies and all kinds of prosthetics, including dental, including the installation of crowns, eye, hearing, prosthetic joints, purchase of glasses, contact lenses, hearing aids, as well as the cost of paying for surgical interventions on the heart and blood vessels (coronary bypass grafting, etc.), even if there are medical indications for their implementation;

3.1.6. expenses associated with the treatment of diseases and / or other health disorders caused by direct or indirect exposure to radiation of any kind, including vibration, ultrasound, electromagnetic, laser, solar radiation, electric welding, hyperthermia, decompression;

3.1.7. expenses associated with sexually transmitted diseases, sex change or other conditions of a sexual nature, infertility or related health conditions or other forms of artificial reproduction. Expenses for care or treatment related to the immunodeficiency virus or HIV diseases, including acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or AIDS-associated complex and other similar infections, diseases, injuries or indications arising from these conditions, regardless of what they were caused;

3.1.8. costs associated with medical manipulations - iatrogenic injuries;

- 3.1.9. expenses related to the treatment of oncological diseases, including newly diagnosed ones;
- 3.1.10. expenses caused by the deterioration of the state of health associated with the treatment that the Insured had undergone before the commencement of insurance;
- 3.1.11. expenses for the treatment of infectious and parasitic diseases that could be prevented by vaccination and / or resulting from the violation by the Insured of preventive quarantine measures after contact with the diseased, requiring hospitalization in an infectious disease hospital and / or isolation ward, including tuberculosis, poliomyelitis, neuroinfection, atypical pneumonia virus, influenza and their consequences, regardless of the clinical form and stage of the process;
- 3.1.12. expenses for the treatment of tuberculosis and sarcoidosis, regardless of the clinical form and stage of the process;
- 3.1.13. expenses for the treatment of psoriasis, deep mycosis, diabetes mellitus, congenital anomalies and malformations, systemic connective tissue diseases (systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis, dermatomyositis), systemic vasculitis (periarteritis nodosa, hemorrhagic vasculitis), amyloidosis, chronic renal failure, including including those requiring extrarenal blood purification;
- 3.1.14. expenses associated with the disease or the consequences (complications) of the disease with all types of hepatitis;
- 3.1.15. expenses associated with acute poisoning with alcohol and its surrogates, narcotic drugs, treatment for alcoholism, drug addiction and other abuse/dependence or other condition associated with addiction or treatment of disease states caused by the use of narcotic, toxic substances, alcoholic beverages, as well as treatment injuries sustained by the Insured, who is under the influence of the above substances at the time of the injury;
- 3.1.16. costs associated with pregnancy (including complications), childbirth and abortion, except in cases of sudden complication, life-threatening or documented health disorder, for artificial insemination, infertility treatment and costs for the prevention of conception, for a planned caesarean section not agreed with the Insurer's specialists as necessary, and subsequent treatment after such childbirth, expenses for prenatal classes, obstetric expenses not directly related to childbirth;
- 3.1.17. expenses related to contraception, sterilization, fertilization, vasectomy, venereal diseases and sexually transmitted diseases;
- 3.1.18. expenses associated with the treatment of infectious or viral diseases of the Insured who traveled to the territory of insurance for the purpose of working under a contract (in connection with the provision of medical services) for the care of patients with infectious or viral diseases;
- 3.1.19. costs associated with the treatment of hereditary diseases;
- 3.1.20. costs associated with transplantation and implantation of organs and tissues;
- 3.1.21. expenses related to the treatment of diseases and / or other health disorders received in a motor vehicle accident, if the Insured:
- a) drove a means of transport without a driver's license, or, if he had a driver's license, without the right to drive a vehicle of the corresponding category or subcategory;
 - b) drove a vehicle while in a state of alcoholic, narcotic or toxic intoxication;
 - c) was in a vehicle (as a passenger) driven by a person who was in a state of alcoholic, narcotic or toxic intoxication.
- 3.1.22. expenses associated with the provision of services by a medical institution (doctor) that does not have an appropriate license, or if the license has been suspended, expenses for treatment with non-traditional methods (traditional medicine, healing), as well as expenses associated with the treatment of the Insured and / or care for him carried out by his relatives, regardless of whether they are certified medical professionals;
- 3.1.23. expenses for the purchase of medicines, if any, the composition of which is hidden by the compiler, as well as expenses related to the purchase of food products, tonics, weight loss products, cosmetics;
- 3.1.24. expenses due to receiving a planned form of medical care: therapeutic massage and manual therapy, preventive examination, general medical examination, vaccinations, sanatorium treatment, sanatorium, therapeutic or nursing care, including tick examination, vaccinations, except for the prophylactic administration of drugs prescribed by a doctor if you suspect a possible infection with rabies or tetanus;
- 3.1.25. expenses associated with the provision of services by a medical institution (doctor) that does not have an appropriate license, or if the license was suspended at the time of provision of medical care;
- 3.1.26. expenses related to the violation by the Insured of the rules for the prevention of diseases endemic to the country of temporary residence, about which he was informed, as well as failure to comply with the doctor's prescriptions;
- 3.1.27. expenses related to the deterioration of health or death of the Insured during the stay abroad for the purpose of receiving treatment;
- 3.1.28. expenses associated with the examination and treatment of diseases by scientifically unrecognized methods, as well as expenses for the purchase of non-certified drugs;
- 3.1.29. the cost of providing additional comfort during your stay in hospital;
- 3.1.30. evacuation costs in case of diseases or injuries that are amenable to local treatment and do not prevent the continuation of the travel of the Insured;
- 3.1.31. expenses related to the treatment of diseases and / or other health disorders that have occurred as a result of gross negligence and / or intent and / or illegal actions of the Policyholder (Insured);

- 3.1.32. expenses associated with the provision of an interpreter in connection with the receipt of medical, transport and other services provided for by the Agreement;
- 3.1.33. evacuation/repatriation costs in case of minor illnesses and/or other health disorders, which, in the opinion of the medical consultant appointed by the Insurer, are amenable to local treatment and do not prevent the continuation of the travel of the Insured;
- 3.1.34. expenses in relation to any evacuation and/or repatriation organized by a non-Insurer or medical assistance, as well as expenses incurred as a result of such evacuation and/or repatriation, expenses incurred as a result of the Insured's voluntary refusal to evacuate to a permanent place of residence, as well as subsequent expenses arising after such refusal;
- 3.1.35. expenses for organizing planned transportation to a medical institution;
- 3.1.36. costs associated with any claims arising from a trip undertaken despite medical contraindications;
- 3.1.37. any costs associated with search and rescue activities in order to locate the Insured in the mountains, at sea, in the desert, in the jungle or other remote areas;
- 3.1.38. expenses associated with causing harm to the health or death of the Insured, associated with any consequences of war (declared or undeclared), military operations, maneuvers or other military events, civil war, civil unrest or strikes, including the participation of the Insured in public disorder, service in armed forces and formations of any countries, the impact of a nuclear explosion, radiation or radioactive contamination;
- 3.1.39. any costs associated with subsequent moves in connection with the same insured event after the return of the Insured to the place of residence;
- 3.1.40. expenses associated with violation of safety regulations when performing work for hire;
- 3.1.41. expenses incurred as a result of the Insured's voluntary refusal to evacuate to the country of permanent residence;
- 3.1.42. expenses incurred by the Insured as a result of an insured event, although it occurred during the term of the Contract, but the causes of the occurrence of which began to operate before its entry into force;
- 3.1.43. ritual services, burial and funeral dinners;
- 3.1.44. moral damage, lost profit, forfeit, fines, penalties and other indirect losses;
- 3.1.45. expenses not covered by the terms of insurance.
- 3.2. Unless otherwise provided by the terms and conditions of insurance, the insurance coverage does not cover the costs associated with the treatment of diseases and/or other health disorders:
 - 3.2.1. caused by any sport (as a professional or amateur): riding a moped, scooter, motorcycle, snowmobile, quad bike, jet ski, flying on an aircraft, driving it (except when flying as a passenger on a civil aviation aircraft controlled by a professional pilot), flight in non-powered aircraft, motor gliders, super light aircraft, skydiving, mountaineering, ice climbing, rock climbing, motorcycle and car racing, diving, any sports involving animals and other dangerous sports, activities associated with increased risk ;
 - 3.2.2. associated with participation in officially held sports competitions;
 - 3.2.3. due to the implementation of professional activities under an agreement or Contract;
 - 3.2.4. due to hospitalization, treatment and purchase of medicines, in connection with a coronavirus disease (COVID) diagnosed for the first time during the period of insurance cover.
- 3.3. Persons not subject to insurance:
 - 3.3.1. over 80 years old;
 - 3.3.2. quarantined with suspected coronavirus disease (COVID), or quarantined less than 10 (ten) days before the date of conclusion of the Contract, as well as those who have a positive PCR test for coronavirus disease (COVID) on the date of application of the Policyholder/Insured with an application for the conclusion of the Agreement;
 - 3.3.3. traveling to the territory of insurance in order to receive any type of treatment;
 - 3.3.4. located at the time of conclusion of the Contract in the intended territory of insurance;
 - 3.3.5. traveling to countries not recommended for travel by interdepartmental commissions, authorized state bodies, published on official sources of these departments;
 - 3.3.6. with medical contraindications for flight.

4. The procedure for concluding the Agreement.

- 4.1. The contract is concluded when the Policyholder applies to the Insurer.
- 4.2. The contract is concluded for a period agreed by the parties.
- 4.3. The policyholder has the right, at his discretion, to choose one of the proposed types of trip:
 - 4.3.1. "BASE" - a single visit to the country of temporary residence for up to 365 days, indicating the specific duration of stay. The term of the Contract coincides with the term of insurance protection.
 - 4.3.2. "MULTI" - multiple visits to countries of temporary residence for up to 365 days. The term of the Contract does not coincide with the term of insurance coverage.
- 4.4. The insured additionally has the opportunity to connect the “Вернем деньги” service to the selected type of trip - the return of the paid insurance premium in full, upon presentation of a document confirming that the Insured did not leave the

territory of insurance, provided that the validity of the Agreement did not exceed 7 (seven) calendar days, and he The contract is concluded for a period of at least 14 (fourteen) calendar days;

4.5. The Rules are handed over to the Insured by indicating in the Contract a link to the location of the text of the Rules on the Insurer's website in the information and telecommunication network Internet. Receipt of the Rules in the specified manner (without handing over the text of the Rules on paper) does not release the Insured/Insured from the obligations stipulated by these terms and conditions of insurance. At the request of the Policyholder, the Insurer may additionally hand over the Rules to him by sending them to the e-mail address.

4.6. The Agreement, unless otherwise provided in it, shall enter into force from the date of its signing.

4.7. If, after the conclusion of the Contract, it is established that the Insured provided knowingly false information about the circumstances that are essential for determining the likelihood of an insured event and the amount of possible losses from its occurrence, the Insurer has the right to demand that the Contract be recognized as invalid and the consequences provided for by the legislation of the Republic of Kazakhstan, except for the case when the circumstances that the Insured has kept silent about have already disappeared.

4.8. The Insurer has the right to refuse to conclude the Contract without explanation.

5. Rights and obligations of the parties.

5.1. The insured has the right:

5.1.1. require the Insurer to clarify the terms of insurance, its rights and obligations under the Contract;

5.1.2. receive a duplicate of the Agreement in case of its loss;

5.1.3. to receive the volume of medical services in accordance with the terms of insurance;

5.1.4. exercise control over the fulfillment of the terms of the Agreement;

5.1.5. inform the Insurer in writing about cases of non-provision or incomplete and poor-quality provision of medical services;

5.1.6. challenge, in the manner prescribed by the legislation of the Republic of Kazakhstan, the decision of the Insurer to refuse to pay the insurance payment or reduce its amount;

5.1.7. early termination of the Agreement.

5.2. The Policyholder (Insured) is obliged to:

5.2.1. provide the Insurer with reliable information necessary to assess the insured risk;

5.2.2. pay insurance premiums in the amount, procedure and terms established by the Agreement;

5.2.3. in order to obtain a duplicate of the Contract in writing, contact the Insurer;

5.2.4. inform the Insurer about the state of the insured risk;

5.2.5. notify the Insurer of the occurrence of an insured event in the manner and within the time limits established by the terms of the Contract;

5.2.6. coordinate your actions with Assistance and follow its instructions;

5.2.7. upon the occurrence of an insured event, take reasonable and available measures in the circumstances to prevent or reduce possible losses;

5.2.8. follow the instructions of doctors;

5.2.9. authorize doctors, medical organizations and other authorized persons to issue to the Insurer, at his request, the documents necessary to investigate the circumstances of the insured event;

5.2.10. provide the Insurer with all the information (in writing, if necessary) and documentation allowing to judge the causes, course of occurrence of the insured event, as well as the nature and extent of the damage caused;

5.2.11. ensure the transfer to the Insurer of the right to claim back against the person responsible for the occurrence of the insured event;

5.2.12. apply to a medical organization in agreement with the Assistance and / or the Insurer, presenting the Contract and an identity document;

5.2.13. upon receipt of medical services, pay the difference exceeding the limits established by insurance;

5.2.14. not interfere with the representative of the Insurer or Assistance in obtaining information from the attending physician about the course of treatment.

5.3. The insurer has the right:

5.3.1. check the information provided by the Policyholder (the Insured), as well as the fulfillment of the requirements and conditions of the Contract;

5.3.2. to resolve the issue of making an insurance payment, transfer invoices and other documents received from medical institutions for consideration by independent experts to establish the compliance of the diagnosis and the correctness of the treatment;

5.3.3. check the submitted documents on the insured event, request information from organizations that have information about the circumstances of the insured event, as well as require additional medical examination of the Insured;

5.3.4. demand early termination of the Contract, if it is found that the Policyholder has provided deliberately false information about the state of health of the Insured and other risks that are important for the Insurer in assessing the insured risk;

5.3.5. not pay for medical services provided to the Insured in excess of the cost limits stipulated by the terms of insurance;

5.3.6. refuse to make the insurance payment in whole or in part on the grounds provided for by the terms of the Agreement.

5.4. The insurer is obliged:

5.4.1. familiarize the Insured with the terms of insurance and, upon his request, present a copy of the Rules;

5.4.2. ensure the provision of medical services to the Insured through the services of Assistance;

5.4.3. control the volume and quality of medical care provided to the Insured in accordance with the terms of the Contract;

5.4.4. observe the secrecy of insurance;

5.5. The terms of insurance may also provide for other rights and obligations of the Insurer and the Policyholder that do not contradict the legislation of the Republic of Kazakhstan.

6. Actions of the Insured (Insured) in the event of an insured event

6.1. The Policyholder (Insured) must notify Assistance or the Insurer no later than 24 hours from the moment of occurrence of the insured event in order to coordinate the application for medical and/or medical transport assistance. In doing so, the following information should be provided:

6.1.1. surname, name, patronymic (if any) of the Insured;

6.1.2. the number of the Agreement and the period of its validity;

6.1.3. name of the Insurer;

6.1.4. date, time and place of occurrence of the insured event;

6.1.5. a detailed description of the circumstances of the incident and the nature of the assistance required;

6.1.6. location of the Insured and phone number for feedback.

6.2. If there is no Assistance dispatch center in the host country, the Policyholder (Insured Person) pays the expenses on his own, and the Insurer reimburses him for these expenses in accordance with the terms of insurance.

6.3. If the insured event is the death of the Insured, then the period for notifying the Insurer of the insured event is extended to 30 (thirty) calendar days.

6.4. In some cases, if for valid reasons the Policyholder (Insured) did not notify Assistance and the Insured is already receiving medical assistance, the Policyholder (Insured) or their representative is obliged to notify Assistance of the incident within 24 hours, indicating the name, address and contacts of the medical institution providing medical services.

7. List of documents confirming the occurrence of an insured event.

7.1. Expenses for medical services received by the Insured (Insured) through Assistance (in some cases, local correspondents) in the host country are reimbursed directly to Assistance, while expenses exceeding the sum insured are paid by the Insured (Insured) independently.

7.2. In order to receive the insurance payment in case of absence of Assistance in the host country, the Insured presents to the Insurer:

7.2.1. statement about the occurrence of an insured event;

7.2.2. Agreement (its duplicate);

7.2.3. copies of all pages of the identity document of the Insured;

7.2.4. the original or a notarized copy of the conclusion of the relevant medical institution indicating the full name. the Insured, the nature of the harm caused to him, the diagnosis, the date of treatment (hospitalization);

7.2.5. the original or a notarized copy of the conclusion of the medical institution that ascertained the death of the Insured, indicating the date and cause of death;

7.2.6. a notarized copy of the death certificate or death notice (in the event of the death of the Insured);

7.2.7. original invoices, fiscal, sales receipts, receipts for payment from medical institutions confirming the passage of procedures, doctors' appointments, indicating the name of each procedure, admission, their quantity, cost, date of payment and full name. Insured. If the currency of payment is not specified in invoices, fiscal sales receipts, receipts and other documents confirming payment, the Insurer shall calculate the insurance payment in tenge at the official exchange rate of the National Bank of the Republic of Kazakhstan of the currency of the host country (in which the actual expenses were incurred) as of the date of conclusion of the Contract;

7.2.8. originals or notarized copies of the detailed appointments of the attending physician for procedures, appointments of doctors for which bills were issued indicating the date of admission, the diagnosis that served as the reason for the appointment and full name. the Insured;

7.2.9. notarized copies of the outpatient card, medical history or extracts from these documents, certified by an authorized person and sealed by the relevant medical institution, original x-rays;

7.2.10. if the insured event occurred as a result of another health disorder additionally - the originals or copies of the relevant documents of the competent authorities certified by authorized persons (documents of the internal affairs bodies, prosecutor's office, investigation, inquiry, judicial authorities, fire supervision authorities, etc.) confirming the occurrence of the insured event, harm caused, establishing the persons guilty of causing harm;

7.2.11. receipts for payment for repatriation services - in case of death of the Insured;

7.2.12. information necessary for the transfer of insurance payment.

7.3. All documents listed in this section must be provided to the Insurer in Russian or Kazakh or translated into Russian or Kazakh, and the translation must be signed by an authorized person of a competent organization, notarized, and also certified with an apostille stamp, within 5 (five) working days from the moment of arrival on the territory of the Republic of Kazakhstan.

7.4. The insurer that accepted the documents draws up a certificate-inventory in two copies indicating the full list of documents provided by the applicant and the date of their acceptance. One copy of the certificate-inventory is issued to the applicant, the second copy with the applicant's mark on its receipt remains with the Insurer.

7.5. The documents provided to the Insurer must contain comprehensive information about the fact and reasons for the occurrence of an insured event and the amount of losses incurred.

7.6. The insurer shall notify about the missing documents within 7 (seven) working days from the date of receipt of a written application for the insurance payment.

7.7. The Insurer reserves the right to check all the submitted documents and conduct its own investigation up to the medical examination of the Insured and independent clarification of the causes and circumstances of the insured event.

7.8. The Insurer has the right to decide on the payment of insurance indemnity and compensation of expenses incurred by the Insured on the basis of copies of documents and during the period of the Insured's stay in the territory of insurance, provided that these costs are agreed with the Insurer, and there are no necessary medical institutions from the Assistance network in the host country.

8. Procedure and conditions for making insurance payments.

8.1. The insurance payment is made minus the previously made payments. The total amount of insurance payments for insured events that occurred during the period of insurance coverage cannot exceed the sum insured specified in the Policy.

8.2. Covered risks and insurance coverage limits:

Covered risks	Sum insured and insurance coverage limits ("+" coverage within the sum insured)					
	15 000	20 000	30 000	50 000	70 000	100 000
Медицинский совет по телефону	+	+	+	+	+	+
Теле-медицинские консультации	1 consultation	1 consultation	1 consultation	1 consultation	1 consultation	1 consultation
Экстренная стоматология (no more than)	100	130	200	300	450	600
Срочная медицинская помощь (амбулаторное медицинское обслуживание)	+	+	+	+	+	+
Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание)	+	+	+	+	+	+
Медицинская транспортировка по показаниям	+	+	+	+	+	+
Медицинская эвакуация и репатриация	+	+	+	+	+	+
Медикаментозное обеспечение, связанное с амбулаторным медицинским обслуживанием	+	+	+	+	+	+
Посмертная репатриация	+	+	+	+	+	+
Чрезвычайные транспортные расходы (max.)	1 500	3 000	4 500	7 500	10 500	15 000

8.3. The insurance payment is made by the Insurer within 15 (fifteen) working days from the date of receipt of all necessary documents.

8.4. The Insurer has the right to check the submitted documents, request information from organizations that have information about the circumstances of the insured event, as well as conduct a medical examination of the Insured. If it is necessary to obtain additional information, the term for making a decision on insurance payment can be extended up to 30 working days.

8.5. In case of initiation of a criminal case that is in direct causal connection with the insured event, the Insurer has the right to defer the insurance payment until the date of the decision by law enforcement agencies to terminate the criminal case or until the date of entry into force of the court decision.

8.6. The Insurer has the right to refuse to make the insurance payment in whole or in part, if the Insured (Insured):

8.6.1. did not notify or did not notify in a timely manner of the insured event in the manner and within the time limits established by the terms and conditions of insurance;

8.6.2. did not submit, within the time period established by the Agreement or after the notification was sent, the documents and information necessary to establish the causes, nature of the health disorder and its connection with the result, or submitted deliberately false evidence;

8.6.3. hindered the Insurer in investigating the circumstances of the insured event and in establishing the amount of harm caused to the health of the Insured;

8.6.4. committed actions aimed at the occurrence of an insured event, in which the court established signs of an intentional crime, with the exception of actions committed in a state of necessary defense and extreme necessity;

- 8.6.5. did not comply with or violated the hospital regimen of the attending physician;
- 8.6.6. deliberately failed to take measures to reduce losses from an insured event;
- 8.7. The insurer is exempt from paying insurance compensation in cases provided for by the legislation of the Republic of Kazakhstan, as well as in cases arising as a result of:
 - 8.7.1. getting diseases and/or other health disorders caused by criminal or illegal actions of the Policyholder, the Insured;
 - 8.7.2. if the Policyholder/Insured has waived his right to claim against the person responsible for the losses indemnified by the Insurer, or the exercise of this right has become impossible due to the fault of the Policyholder/Insured. The insurer shall be released from the payment of the insurance indemnity in full or in the relevant part and shall have the right to demand the return of the overpaid amount of indemnity;
 - 8.7.3. if the information and documents submitted by the Insured Insurer to receive the insurance payment contain contradictory, unreliable or knowingly false information about the causes and circumstances of the insured event, as well as the types and cost of the services provided in connection with the insured event.
- 8.8. The Insurer shall be released from payment of the insurance indemnity if it becomes known that as of the date of conclusion of the Policy the Insured:
 - 8.8.1. was in quarantine with suspected coronavirus disease (COVID), or was in quarantine less than 10 (ten) days before the date of conclusion of the Agreement, and a positive PCR test for coronavirus disease (COVID) was detected;
 - 8.8.2. traveled to the territory of insurance in order to receive any type of treatment;
 - 8.8.3. was located in the proposed territory of insurance;
 - interdepartmental commission, other authorized state body, published on official sources of the specified departments;
 - 8.8.4. was in the territory of countries not recommended for travel by the interdepartmental commission, another authorized state body, published on official sources of these departments;
 - 8.8.5. had / has medical contraindications to the flight.

9. Termination and early termination of the Agreement.

- 9.1. The agreement terminates in the following cases:
 - 9.1.1. expiration date;
 - 9.1.2. when the object of insurance ceased to exist;
 - 9.1.3. when the possibility of an insured event has disappeared and the existence of an insured risk has ceased due to circumstances other than an insured event;
 - 9.1.4. the entry into force of a court decision on the compulsory liquidation of the Insurer, except for the cases provided for by the Law of the Republic of Kazakhstan "On Insurance Activities";
 - 9.1.5. in cases provided for by the Law of the Republic of Kazakhstan "On Insurance Activities";
 - 9.1.6. when making insurance payments in the amount of the full sum insured;
 - 9.1.7. early departure of the Insured from the territory of insurance, unless otherwise provided by the terms of insurance;
 - 9.1.8. termination of the Contract by agreement between the Policyholder and the Insurer;
 - 9.1.9. termination of the Agreement at the initiative of the Policyholder, in accordance with the Terms and Conditions of the Agreement;
 - 9.1.10. in other cases provided for by the legislation of the Republic of Kazakhstan.
- 9.2. After the occurrence of circumstances entailing early termination of the Contract, the interested party (the Policyholder or the Insurer) sends a letter of early termination to the other party indicating information about the Contract, grounds for termination and attaching copies of supporting documents.
- 9.3. In case of early termination of the Agreement with the type of trip "BASE", due to the circumstances specified in clauses 9.1.2. -9.1.5., 9.1.7.-9.1.8., 9.1.10. of this article, the Insurer calculates the amount of the refund of part of the insurance premium according to the following formula:

$$FSP \setminus u003d SP - SP1 - MW - VD,$$
 where
 FSP (part of the insurance premium to be returned);
 SP (paid insurance premium);
 SP1 (withheld insurance premium). The withheld insurance premium is calculated in direct proportion to the term of the Agreement in days (from the date of commencement to the date of its termination);
 SV (amount of insurance payments);
 VD (expenses of the Insurer for conducting the case in the amount of 15%, unless otherwise provided for in paragraph 2 of Article 842 of the Civil Code of the Republic of Kazakhstan).
- 9.4. In case of early termination of the Agreement with the type of trip "MULTI", due to the circumstances specified in clauses 9.1.2. -9.1.5., 9.1.7.-9.1.8., 9.1.10. of this article, the Insurer calculates the amount of the refund of part of the insurance premium according to the following formula:

$$FSP \setminus u003d SP - SP1 - MW - VD,$$
 where
 FSP (part of the insurance premium to be returned);
 SP (paid insurance premium);

SP1 (withheld insurance premium). The withheld insurance premium is calculated in direct proportion to the period of insurance coverage in days.

SV (sum of insurance payments).

VD (expenses of the Insurer for conducting the case in the amount of 15%, unless otherwise provided for in paragraph 2 of Article 842 of the Civil Code of the Republic of Kazakhstan);

9.5. In case of termination of the Agreement on the grounds provided for in clauses 9.1.9. of this article, the Contract shall be deemed terminated from the date of submission of a written application by the Policyholder, unless a later date of the Contract is specified in the Policyholder's application.

9.6. If the Policyholder cancels the Contract after its commencement, the paid insurance premium shall not be refunded, unless otherwise provided by the terms of insurance.

9.7. The Agreement shall terminate at 24.00 hours of the day determined as the end of its validity period.

9.8. The issue of the return of the paid insurance premium is decided depending on the conditions of insurance, the presence or absence of insurance payments and unsettled claims.

10. Other terms.

10.1. Legal relations not directly regulated by the Agreement shall be subject to the norms of the current legislation of the Republic of Kazakhstan. All disputes and disagreements arising in the course of implementation of the Agreement shall be resolved by the Parties through negotiations. In case of failure to reach an agreement, disputes are resolved in the manner of civil proceedings of the Republic of Kazakhstan at the location of the defendant.

10.2. The insurer has the right to request documents and information necessary for the due diligence of the Policyholder (the Insured, the Beneficiary, the beneficial owner (if any)) in accordance with the requirements of the Law of the Republic of Kazakhstan "On countering the legalization (laundering) of proceeds from crime and the financing of terrorism" (hereinafter referred to as the Law of the Republic of Kazakhstan on AML / CFT), as well as to terminate business relations with the Insured if there are suspicions that business relations are used for the purpose of legalization (laundering) of proceeds from crime or financing of terrorism.

10.3. The Policyholder, at the request of the Insurer, is obliged to provide the information and documents necessary for the due diligence of the Policyholder (the Insured, the Beneficiary, the beneficial owner (if any)) in accordance with the requirements of the AML/CFT Law of the Republic of Kazakhstan, including information on beneficial owners (if any).

10.4. All letters and notices sent by the Insurer to the Insured (the Beneficiary) in accordance with the Rules are considered to be properly sent if one of the following conditions is met:

- the notification is sent by post to the address specified in the Contract or in the notice of the insured event;
- the notification was sent in the form of an SMS message or a message using another message sending service by phone or the address specified in the Agreement or other document (notification, application for payment) with contact details submitted on behalf of the Insured (Beneficiary);
- notification is sent in the form of an e-mail message to the e-mail address specified in the Contract or in the notice of the insured event.

10.5. In the event of a change in addresses and (or) details, the Policyholder undertakes to notify the Insurer in advance of this. If the Insurer was not notified of the change of address and (or) details of the other party in advance, then all notices and notices sent to the Insured at the previously known address will be considered received from the date of their receipt at the previous address.