

УТВЕРЖДЕНЫ
Протоколом
Совета директоров
№ СД 45-18
от 09 октября 2018г.

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ЛИЦ,
ПРИБЫВШИХ НА ТЕРРИТОРИЮ РК «ЖАҚСЫЛЫҚ»

(с изменениями, утвержденными протоколом Совета директоров СД 35-19 от 11 сентября 2019 г)

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного страхования на случай болезни лиц, прибывших на территорию РК «ЖАҚСЫЛЫҚ» (далее по тексту - Правила) Акционерное общество «Страховая компания «АСКО» (далее по тексту – Страховщик), заключает договоры добровольного страхования на случай болезни лиц, прибывших на территорию РК «ЖАҚСЫЛЫҚ» (далее по тексту – договор страхования с физическими лицами, не являющимися гражданами Республики Казахстан, не имеющими вида на жительство Республики Казахстан, которые на законном основании временно пребывают на территории Республики Казахстан (далее по тексту – Страхователи).

1.2. Понятия, используемые в настоящих Правилах:

Застрахованный – лицо, в отношении которого осуществляется страхование. В случае если Страхователь заключил договор страхования в свою пользу, то он является Застрахованным.

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

Координатор - специалист, осуществляющий организацию предоставления и получения Застрахованным медицинских услуг, определенных программой страхования.

Медицинские услуги — осмотр и консультации врачей-специалистов, проведение лабораторных исследований и диагностики по экстренным неотложным показаниям для установления диагноза.

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

Медицинское учреждение – медицинская организация, оказывающая услуги по диагностированию и/или восстановлению здоровья Застрахованного в объеме, определенном Координатором в рамках программы страхования.

Расходы по репатриации – расходы, связанные с доставкой тела Застрахованного до ближайшего к месту захоронения международного аэропорта в стране, гражданство которой он имел при жизни.

Экстренные медицинские показания – помощь, которая должна быть оказана Застрахованному в кратчайшие сроки при угрожающих жизни и здоровью травмах и внезапных заболеваниях.

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с необходимостью получения медицинской помощи в результате внезапного заболевания.

РАЗДЕЛ 3. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ

3.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в связи с внезапным заболеванием в период срока действия договора страхования.

Под внезапным заболеванием понимается острое и неожиданное расстройство здоровья Застрахованного, возникшее в период действия страховой защиты, требующее срочного медицинского вмешательства с целью предотвращения дальнейшего ущерба здоровью и угрозы его жизни.

РАЗДЕЛ 4. ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Страховыми случаями не являются:

4.1.1. ухудшение состояния здоровья или смерть Застрахованного, связанные с заболеваниями, имевшимися до начала срока страхования, независимо от того, проводилось по ним лечение или нет, и понесенными расходами, относящимися к этому лечению;

4.1.2. хронические заболевания, любые их последствия и осложнения за исключением внезапных обострений, прямо угрожающих жизни Застрахованного;

4.1.3. инфекционные и паразитарные заболевания, требующие госпитализации в инфекционный стационар и/или изолятор, в том числе туберкулез, полиомиелит, нейроинфекция, вирус атипичной пневмонии и их последствия независимо от клинической формы и стадии процесса;

4.1.4. венерические заболевания и заболевания, передаваемые половым путем (хламидиоз, трихомоноз, гарнереллез, микоплазмоз, анальный, генитальный герпес и т.д.);

4.1.5. инфекционные заболевания, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией и/или являющиеся следствием нарушения Застрахованным профилактических карантинных мероприятий после контакта с заболевшим;

4.1.6. глубокие микозы, псориаз;

4.1.7. системные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, дерматомиозит), системные васкулиты (узелковый периартрит, геморрагический васкулит), амилоидоз;

4.1.8. врожденные аномалии и пороки развития;

- 4.1.9. физические факторы (вибрация, ультразвук, электромагнитные излучения, электросварка, гипертермия, лазерные излучения, декомпрессия);
- 4.1.10. психические заболевания, эпилепсия (первичная и симптоматическая) и их обострения, а также связанные с ними травматические повреждения, депрессии;
- 4.1.11. онкологические заболевания, за исключением впервые диагностированных, онкогематологические заболевания. Расходы по первичному диагностированию онкологического/онкогематологического заболевания у Застрахованного лица в период действия Договора страхования, ограничиваются расходами по проведенным диагностическим исследованиям позволяющим установить признаки онкологического/онкогематологического заболевания;
- 4.1.12. острые и хронические лучевые поражения;
- 4.1.13. аллергии и дерматиты;
- 4.1.14. сахарный диабет;
- 4.1.15. хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови;
- 4.1.16. лечение бесплодия, импотенции, подбор методов контрацепции, искусственное оплодотворение;
- 4.1.17. заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку ИВР, кроме консервативного лечения;
- 4.1.18. пластическая хирургия;
- 4.1.19. ортопедия, за исключением восстановления и/или коррекции после страхового случая, произошедшего в период действия договора страхования;
- 4.1.20. острое отравление алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами;
- 4.1.21. причинение вреда здоровью (ухудшение состояния здоровья) Застрахованного, связанное со скачками, автогонками и соревнованиями, профессиональным или организованным спортом, дайвингом, альпинизмом, требующим использование веревок и проводников, спуском в пещеры, прыжками в воду, занятиями зимними видами спорта, любыми видами полетов (дельтапланеризм, аэро-парапланеризм, парашютный спорт и т.д);
- 4.1.22. причинение вреда здоровью (ухудшение состояния здоровья) или смерть Застрахованного, находящиеся в прямой причинно-следственной связи с умышленным нанесением самому себе и/или третьими лицами телесных повреждений (травм) с употреблением алкогольных напитков, несанкционированным употреблением наркотических средств или иных веществ, а также подвержение себя неоправданному риску за исключением необходимой обороны или крайней необходимости;
- 4.1.23. заболевание гриппом;
- 4.1.24. причинение вреда (ухудшение состояния здоровья) или смерть Застрахованного, связанные с любыми последствиями войны (объявленной или не объявленной), военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- 4.1.25. службы в вооруженных силах и формированиях любых стран;

- 4.1.26. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 4.1.27. солнечные ожоги, аллергии и дерматиты, связанные с солнечным ожогом.
- 4.2. Страховщик не возмещает не предусмотренные условиями страхования, а также расходы, имевшие место в связи с несчастными случаями и/или повреждениями здоровья, наступившие:
- 4.2.1. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного;
- 4.2.2. в связи с управлением им транспортным средством без соответствующего права, а также передачей им управления транспортным средством лицу, не имеющему соответствующего права управления транспортным средством;
- 4.2.3. в связи с умышленными действиями Застрахованного, направленными на возникновение страхового случая, либо способствующими его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
- 4.2.4. в результате военных действий, народных волнений или участия Застрахованного в общественных беспорядках;
- 4.3. А также расходы, связанные с:
- 4.3.1. косметологическим лечением и другими видами лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных аномалий;
- 4.3.2. проведением родов и абортов;
- 4.3.3. лечением наследственных заболеваний;
- 4.3.4. лечением туберкулеза и саркоидоза, независимо от клинической формы и стадии процесса;
- 4.3.5. трансплантацией органов и тканей;
- 4.3.6. лечением ВИЧ - инфекции, включая СПИД;
- 4.3.7. лечением бесплодия у мужчин и женщин, контрацепцией, сексуальных расстройств.
- 4.4. Договор страхования не заключается в отношении лиц в возрасте до одного года и старше 70 лет.

РАЗДЕЛ 5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ СУММ

- 5.1. Страховой суммой является денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату.
- 5.2. Страховые суммы устанавливаются соглашением сторон и имеют следующие минимальные и максимальные пределы:

Наименование медицинских услуг	Описание	Лимит ответственности (тенге)				
		100 000	150 000	200 000	250 000	350 000

CALL-CENTER КРУГЛОСУТОЧНАЯ ДИСПЕТЧЕРСКАЯ СЛУЖБА	Вызов скорой помощи.	Полное покрытие, но не более страховой суммы				
	Рекомендации врача – координатора до момента приезда скорой медицинской помощи.					
СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ	Экстренная медицинская помощь бригадой государственной службы скорой помощи.	Полное покрытие, но не более страховой суммы				
	Выезд бригадой СМП осуществляется в пределах административных границ городов и областных центров.					
	Проведение необходимых лечебно-диагностических мероприятий					
	Применение лекарственных препаратов и медицинской аппаратуры.					
СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ	Госпитализация в стационар и дальнейшее наблюдение за лечением со стороны представителя Страховщика.	До 30 000 тенге	До 40 000 тенге	До 50 000 тенге	До 60 000 тенге	До 70 000 тенге
	Госпитализация по экстренным показаниям, предоставление медицинской помощи в стационарах по экстренному заболеванию: - осмотр, консультации врачей – специалистов узких профилей; - пребывание в палате; услуги медицинского персонала; - консервативное лечение, проведение оперативного лечения (операций); - проведение лабораторно-инструментального исследования; - физиолечение и лечебная физкультура; - применение лекарственных средств, необходимых для лечения. Курс лечения не более 10	за весь период страхования	за весь период страхования	за весь период страхования	за весь период страхования	за весь период страхования

	дней.				
РЕПАТРИАЦИЯ	<p>Репатриация тела застрахованного до ближайшего к месту захоронения международного аэропорта в стране, гражданство которой Застрахованной имел при жизни, а именно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - расходы на гроб, соответствующий требованиям международных перевозок; - расходы, связанные с организацией, хранением и транспортировкой останков Застрахованного. 	Не предусмотрена			<p>Полное покрытие, но не более страховой суммы</p>

РАЗДЕЛ 6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается в письменной форме путем присоединения Страхователя к настоящим Правилам страхования.

6.2. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя.

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

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

6.4. Оформление договора страхования производится после уплаты Страхователем страховой премии.

РАЗДЕЛ 7. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для сторон с момента уплаты страхователем страховой премии, а при уплате ее в рассрочку - первого страхового взноса, если договором не предусмотрено иное.

7.2. Срок действия договора страхования определяется соглашением сторон и указывается в договоре страхования.

7.3. Период действия страховой защиты совпадает со сроком действия договора, если договором не предусмотрено иное.

7.4. Место действия договора страхования ограничивается территорией Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ

- 8.1. Страхователь вправе:
- 8.1.1. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования;
 - 8.1.2. получить дубликат договора страхования в случае его утраты;
 - 8.1.3. получить объем медицинских услуг в соответствии с условиями страхования;
 - 8.1.4. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;
 - 8.1.5. в письменном виде сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг;
 - 8.1.6. досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном условиями страхования;
 - 8.1.7. оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера.
- 8.2. Страхователь обязан:
- 8.2.1. информировать и предоставлять Страховщику достоверную информацию, необходимую для оценки страхового риска;
 - 8.2.2. уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;
 - 8.2.3. при утрате договора страхования, в письменном виде сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;
 - 8.2.4. уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, установленные условиями страхования;
 - 8.2.5. обеспечить переход к Страховщику права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
 - 8.2.6. принять меры к уменьшению убытков от страхового случая;
 - 8.2.7. следовать указаниям обследующих и лечащих врачей;
 - 8.2.8. передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимую Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
- 8.3. Договором страхования могут быть предусмотрены другие права и обязанности Страхователя, не противоречащие законам Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВЩИКА

- 9.1. Страховщик вправе:
- 9.1.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора страхования;
 - 9.1.2. при решении вопроса об осуществлении страховой выплаты, передать счета и иные полученные документы из медицинских учреждений на рассмотрение независимым экспертам для установления соответствия поставленного диагноза и правильности проведенного лечения;
 - 9.1.3. изменять размер страховой премии в случае изменения стоимости медицинских услуг в период действия договора страхования с уведомлением Страхователя в порядке, предусмотренном условиями страхования;

- 9.1.4. до принятия на страхование потребовать любые дополнительные обследования и документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного;
- 9.1.5. отказать в заключении договора страхования на основании результатов предварительного анкетирования и медицинского обследования;
- 9.1.6. проводить проверку представленных документов по страховому случаю, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также требовать дополнительного медицинского освидетельствования застрахованного лица;
- 9.1.7. отказать в осуществлении страховой выплаты в соответствии с условиями страхования;
- 9.1.8. расторгнуть договор страхования 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, а также в иных случаях и порядке, предусмотренных условиями договора;
- 9.1.9. не возмещать стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному сверх лимитов затрат, предусмотренных условиями страхования;
- 9.1.10. отказать в осуществлении страховой выплаты, если Страхователем (Застрахованным) не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
- 9.1.11. отказать в осуществлении страховой выплаты в случаях, предусмотренных условиями настоящего договора.

9.2. Страховщик обязан:

- 9.2.2. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и по его требованию представить (направить) их копию;
 - 9.2.3. при наступлении страхового случая осуществить выплату в порядке и сроки, установленные соглашением сторон;
 - 9.2.4. обеспечить предоставление медицинских услуг Застрахованному посредством услуг Координатора;
 - 9.2.5. контролировать объем и качество оказываемой Застрахованному медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования и в рамках выбранной программы;
 - 9.2.6. уведомить Страхователя о недостающих документах, необходимых для принятия решения о страховой выплате в течение 7 рабочих дней с момента поступления письменного обращения, в случаях, когда расходы по медицинским услугам оплачены Застрахованным самостоятельно;
 - 9.2.7. соблюдать тайну страхования.
- 9.3. Договором страхования могут быть предусмотрены другие права и обязанности Страховщика, не противоречащие законам Республики Казахстан.

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

- 10.1. Страхователь (Застрахованный) немедленно, но не позднее 24 часов с момента наступления страхового случая, обязан уведомить о его наступлении непосредственно Координатора.

- 10.2. При этом следует сообщить следующую информацию:
- 10.2.2. Ф.И.О. Застрахованного;
 - 10.2.3. номер договора страхования;
 - 10.2.4. подробное описание обстоятельств происшедшего страхового случая и характер требуемой помощи;
 - 10.2.5. местонахождение Застрахованного и номер контактного телефона для обратной связи.
- 10.3. При отсутствии возможности обращения к Координатору (территориальная удаленность) Страхователь (Застрахованный) для согласования расходов и дальнейших действий должен связаться со Страховщиком.
- 10.4. Страхователь (Застрахованный) освобождает врача, выполняющего обследование или лечение, от обязанности хранить профессиональную врачебную тайну перед Страховщиком.
- 10.5. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе (Застрахованном, Выгодоприобретателе).

РАЗДЕЛ 11. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 11.1. Общая сумма страховых выплат по страховому случаю, произошедшему в период действия страховой защиты, не может превышать страховой суммы, определенной условиями страхования.
- 11.2. Расходы по медицинским услугам, организованным Застрахованному через Медицинское учреждение, возмещаются непосредственно Медицинскому учреждению.
- 11.3. Расходы по медицинским услугам, превышающие и/или не предусмотренные условиями страхования оплачиваются Застрахованным самостоятельно.
- 11.4. Для осуществления страховой выплаты в пользу Медицинского учреждения Координатор представляет Страховщику пакет документов, предусмотренный условиями договора оказания услуг, в том числе:
- 1) копия договора страхования (его дубликата);
 - 2) медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью и о проведенных медицинских манипуляциях (оригиналы);
 - 3) оригиналы счетов врачей, медицинских учреждений, квитанции за оплату медикаментов (наличие рецептов обязательно), выписанные на имя Застрахованного;
 - 4) амбулаторная карта (по требованию Страховщика);
 - 5) копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного;
 - 6) документы, необходимые для перечисления страховой выплаты.

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

11.5 Размер страховой выплаты определяется исходя из фактически полученных Застрахованным медицинских услуг, подтвержденных документами и оригиналами счетов.

11.6. Возмещение понесенных Застрахованным расходов, связанных со страховым случаем, при отсутствии у Страхователя возможности обращения к Координатору (территориальная удаленность), производится Страховщиком в 10-дневный срок, не считая выходных и праздничных дней, с момента представления документов, указанных в п.п. 11.4. и при условии согласования данных расходов со Страховщиком.

1.7. Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также проводить медицинское освидетельствование застрахованного лица доверенным врачом Страховщика. При необходимости получения дополнительной информации, срок принятия решения о страховой выплате, может быть увеличен до 45-ти рабочих дней.

11.8. 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.

11.9. Не подлежат возмещению:

- расходы, связанные с проездом и/или транспортировкой Застрахованного в медицинские учреждения, к месту проживания, а также любые расходы немедицинского характера, кроме случаев связанных с госпитализацией Застрахованного по экстренным показаниям;
- расходы, связанные с лечением «нетрадиционными» методами (методами народной медицины) всех видов;
- лечебный массаж и мануальная терапия, любые профилактические обследования, общие медицинские осмотры, прививки;
- расходы, связанные с заболеванием или последствиями (осложнениями) заболевания всеми видами гепатита;
- расходы, связанные с лечением Застрахованного и/или уходом за ним, осуществляемые его родственниками, независимо от того, являются ли они дипломированными медицинскими работниками;
- расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;
- расходы, понесенные до начала действия срока страхования и по его истечении;
- расходы по страховому случаю, наступившему вследствие грубой неосторожности Страхователя/Застрахованного.

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

- 1) сообщил заранее искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения договора страхования;
- 2) не известил либо своевременно не известил Координатора о страховом случае в порядке и сроки, по форме установленной условиями страхования;
- 3) не представил в установленный договором срок либо после направления уведомления документы и сведения, необходимые для установления причин, характера случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;
- 4) получил соответствующее возмещение от лица, виновного в причинении вреда;
- 5) препятствовал Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера вреда, причиненного его здоровью;
- 6) совершил действия, направленные на возникновение страхового случая, в которых судом установлены признаки умышленного преступления, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
- 7) воспользовался услугами медицинских учреждений, не рекомендованных Застрахованному Координатором;
- 8) Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
- 9) умышленно не принял меры по уменьшению убытков от страхового случая.

11.11. В случае непредставления Страхователем (Застрахованным) документов, предусмотренных настоящим Разделом, Страховщик не позднее семи рабочих дней письменно уведомляет Страхователя (Застрахованного) о недостающих документах.

11.12. Не подлежат возмещению:

- 1) расходы, связанные с проездом и/или транспортировкой Застрахованного в медицинские учреждения, к месту проживания, а также любые расходы немедицинского характера, кроме случаев связанных с госпитализацией Застрахованного по экстренным показаниям;
- 2) расходы, связанные с лечением «нетрадиционными» методами (методами народной медицины) всех видов;
- 3) лечебный массаж и мануальная терапия, любые профилактические обследования, общие медицинские осмотры, прививки;
- 4) расходы, связанные с заболеванием или последствиями (осложнениями) заболевания всеми видами гепатита;
- 5) расходы, связанные с лечением Застрахованного и/или уходом за ним, осуществляемые его родственниками, независимо от того, являются ли они дипломированными медицинскими работниками;
- 6) расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;
- 7) расходы, понесенные до начала действия срока страхования и по его истечении;
- 8) расходы по страховому случаю, наступившему вследствие грубой неосторожности Страхователя/Застрахованного.

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

- 1) сообщил заранее искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения договора страхования;
- 2) не известил либо своевременно не известил Координатора о страховом случае в порядке и сроки, по форме установленной условиями страхования;
- 3) не представил в установленный договором срок либо после направления уведомления документы и сведения, необходимые для установления причин, характера случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;
- 4) получил соответствующее возмещение от лица, виновного в причинении вреда;
- 5) препятствовал Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера вреда, причиненного его здоровью;
- 6) совершил действия, направленные на возникновение страхового случая, в которых судом установлены признаки умышленного преступления, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
- 7) воспользовался услугами медицинских учреждений, не рекомендованных Застрахованному Координатором;
- 8) Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
- 9) умышленно не принял меры по уменьшению убытков от страхового случая.

11.14. Освобождение Страховщика от страховой ответственности перед Страхователем по мотивам его неправомерных действий, предусмотренных настоящей статьей, одновременно освобождает Страховщика от осуществления страховой выплаты Застрахованному или Выгодоприобретателю.

РАЗДЕЛ 12. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

12.1. Срок действия договора страхования определяется соглашением сторон.

12.2. Действие договора страхования прекращается в случаях:

- 1) истечения срока действия договора;
- 2) досрочного расторжения договора;
- 3) исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (в размере страховой суммы);
- 4) при сообщении Страхователем заведомо ложных сведений при заключении договора страхования;
- 5) иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан.

12.3. При отказе до начала срока действия договора Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в размере 70 (семьдесят)% от уплаченной страховой премии.

12.4. В случае отказа Страхователя от договора после его начала срока действия, уплаченная страховая премия не возвращается.

РАЗДЕЛ 13. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

13.1. Страхователь, Застрахованный и Выгодоприобретатель несут ответственность за достоверность предоставленных Страховщику документов и соблюдение условий договора.

13.2. Любые извещения, соглашения, заявления, уведомления, объяснения, изменения и дополнения, относящиеся к договору, должны быть оформлены в письменной форме.

13.3. Любое уведомление должно направляться способом, позволяющим подтвердить его отправку

13.4. Изменение условий договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из сторон в течение пяти банковских дней со дня получения заявления другой стороной и оформляется дополнительным соглашением, либо оговариваются особыми условиями.

13.5. Если какая-либо из сторон не согласна на внесение изменений в договор страхования в пятидневный срок решается вопрос о его действии на прежних условиях или о прекращении его действия.

13.6. В случае утери договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат.

13.7. Расходы Страховщика на ведение дела при оформлении дубликата договора страхования в случае его утери возмещаются Страхователем (Застрахованным) в размере 0,1 месячного расчетного показателя, установленного в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан, на дату подачи заявления.

13.8. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении условий страхования в соответствии с требованиями действующего законодательства.

РАЗДЕЛ 14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.