

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Содержание

- **Правила добровольного страхования на случай заболевания и/или иного расстройства здоровья граждан, выезжающих за пределы территории постоянного проживания «Happy Travel»..... 2**
- **Правила добровольного страхования на случай болезни граждан, выезжающих за пределы территории Республики Казахстан «Comfort + Covid-19»..... 15**
- **Правила добровольного страхования на случай болезни лиц, прибывших на территорию Республики Казахстан «Жаксылық» 26**
- **Правила вмененного медицинского страхования 36**

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ И/ИЛИ ИНОГО
РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ТЕРРИТОРИИ
ПОСТОЯННОГО ПРОЖИВАНИЯ
«HAPPY TRAVEL»**

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного страхования на случай заболевания и/или иного расстройства здоровья граждан, выезжающих за пределы территории постоянного проживания «HAPPY TRAVEL» (далее - Правила) Акционерное общество «Страховая компания «АСКО» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования на случай заболевания и/или иного расстройства здоровья граждан, выезжающих за пределы территории постоянного проживания «HAPPY TRAVEL» (далее Договор) с физическими и юридическими лицами (далее по тексту – Страхователь).

1.2. Правила определяют общий порядок и условия заключения, исполнения и прекращения Договора.

1.3. Заключая Договор, Страхователь подтверждает, что Страховщик предоставил ему в доступной форме полную информацию:

- об условиях, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ в страховой выплате или сокращение ее размера;
- о сроках рассмотрения обращений Страхователя (Выгодоприобретателя) относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, и порядке приема документов, в том числе путем размещения соответствующей информации на сайте Страховщика.

1.4. Понятия, используемые в Правилах:

Страхователь – физическое или юридическое лицо, заключившее Договор.

Застрахованный – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Если Страхователь заключил Договор в свою пользу - он является Застрахованным.

Выгодоприобретатель – лицо, которое в соответствии с условиями Договора является получателем страховой выплаты. Выгодоприобретателями являются:

- а) в случае организации и предоставления услуг медицинским ассистансом и/или медицинскими организациями – медицинский ассистанс;
- б) в случае самостоятельной оплаты услуг на условиях Договора – Страхователь (Застрахованный) или его законный представитель.

Страховой случай - событие, наступившее после вступления Договора в силу в результате заболевания и/или иного расстройства здоровья, в том числе расходов, связанных со смертью Застрахованного.

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

Медицинский ассистанс (далее - Ассистанс) - сервисная компания, отвечающая за организацию, координацию и контроль предоставления Застрахованному услуг на основании договорных отношений со Страховщиком.

Местные корреспонденты - международные ассистанские компании, привлекаемые Ассистансом в отдельных случаях для организации медицинских и медико-транспортных услуг за рубежом.

Страна временного пребывания (страна пребывания) – любая страна, указанная в Договоре и входящая в территорию страхования, за исключением той, чье гражданство имеет Застрахованный и/или постоянно там проживает.

Медицинские расходы – расходы по оплате медикаментов и медицинских услуг, назначенных Застрахованному квалифицированным врачом в соответствии с медицинскими показаниями.

Медико – транспортные расходы – медицинская эвакуация и посмертная репатриация.

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

Заболевание – резкое ухудшение здоровья и/или обострение хронического заболевания, требующие оказания Застрахованному экстренной или неотложной медицинской помощи для предотвращения существенного вреда здоровью или устранения угрозы жизни.

Иное расстройство здоровья - внезапное, непредвиденное, непреднамеренное, внешнее событие или воздействие в отношении Застрахованного, повлекшее телесное повреждение или смерть.

ПЦР анализ - метод лабораторной диагностики, направленный на выявление возбудителей коронавирусного заболевания (COVID).

Территория страхования – страна временного пребывания Застрахованного, в пределах которой Страховщик при наступлении страхового случая несет обязательства по выплате страхового возмещения. Территория страхования указывается в Договоре.

Поездка — выезд Застрахованного за пределы постоянного места жительства с целью спорта, туризма, гостевой или деловой поездок, работы по найму, бизнеса, обучения, а также поездок, связанных с активными видами отдыха в пределах территории и в течение периода действия, указанных в Договоре.

Срок действия Договора - период времени, в течение которого Договор является обязательным для его сторон.

Период страховой защиты – срок, в течение которого Страховщик предоставляет материальное обеспечение в форме страховых и иных предусмотренных страхованием выплат при наступлении страхового случая.

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с возмещением расходов в фиксированной сумме и/или в размере частичной или полной компенсации Застрахованному в связи с заболеванием и/или иным расстройством здоровья, в том числе расходов, связанных со смертью, наступившей в результате заболевания и/или иного расстройства здоровья, в объеме, предусмотренном условиями страхования во время пребывания за пределами территории постоянного проживания.

2.2. Страхователь вправе указать в Договоре не более 1 (одного) Застрахованного.

РАЗДЕЛ 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

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

3.2. Страховым случаем по Договору является:

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

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

3.3. Страховщик обеспечивает страховую защиту по рискам:

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

3.3.2. **«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).

3.3.3. **«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;

3.3.4. **«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;

3.3.5. **«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;

3.3.6. **«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;

3.3.7. **«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 страны постоянного проживания, 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;

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

3.3.9. **«Посмертная репатриация»** – транспортировка тела Застрахованного до ближайшего к месту захоронения международного аэропорта в Республике Казахстан либо международного аэропорта страны гражданства, исключая расходы по похоронам и погребению;

3.3.10. **«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.

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

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

3.4.2. **«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, езда 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.

РАЗДЕЛ 4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

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

4.2. Страховым случаем по Договору, заключенному на основании Правил, является:

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

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

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

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

4.5. Смерть Застрахованного в результате заболевания и/или иного расстройства здоровья, наступившая после окончания срока действия Договора, страховой защитой не покрывается.

РАЗДЕЛ 5. ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ. ОГРАНИЧЕНИЯ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Страховой защитой не покрываются:

5.1.1. 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);

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

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

5.1.4. 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;

5.1.5. 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;

5.1.6. 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;

- 5.1.7. расходы, связанные с заболеваниями, передаваемыми половым путем, изменением пола или другими состояниями полового характера, бесплодием или связанным с этим состоянием здоровья 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;
- 5.1.8. расходы, связанные с лечебными манипуляциями – ятрогенными повреждениями;
- 5.1.9. расходы, связанные с лечением онкологических заболеваний, в том числе впервые выявленные;
- 5.1.10. расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья, связанное с лечением, которое Застрахованный проходил до начала страхования;
- 5.1.11. 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;
- 5.1.12. расходы на лечение туберкулеза и саркоидоза, независимо от клинической формы и стадии процесса;
- 5.1.13. 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;
- 5.1.14. расходы, связанные с заболеванием или последствиями (осложнениями) заболевания всеми видами гепатита;
- 5.1.15. 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;
- 5.1.16. 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;
- 5.1.17. расходы, связанные с контрацепцией, стерилизацией, оплодотворением, вазэктомией, венерическими заболеваниями и заболеваниями, передаваемыми половым путем;
- 5.1.18. 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;
- 5.1.19. расходы, связанные с лечением наследственных заболеваний;
- 5.1.20. расходы, связанные с трансплантацией и имплантацией органов и тканей;
- 5.1.21. 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.

- 5.1.22. 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;
- 5.1.23. 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;
- 5.1.24. 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;
- 5.1.25. расходы, связанные с оказанием услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;
- 5.1.26. расходы, связанные с нарушением Застрахованным правил профилактики заболеваний, эндемичных для страны временного пребывания, о которых он был проинформирован, а также невыполнением предписаний врача;
- 5.1.27. расходы, связанные с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, наступившие во время пребывания за границей с целью получения лечения;
- 5.1.28. расходы, связанные с обследованием и лечением заболеваний научно не признанными методами, а также расходы на приобретение несертифицированных лекарственных препаратов;
- 5.1.29. расходы по предоставлению дополнительного комфорта во время пребывания на стационарном лечении;
- 5.1.30. затраты на эвакуацию в случае болезней или травм, которые поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного;
- 5.1.31. расходы, связанные с лечением заболеваний и/или иных расстройств здоровья, наступившие вследствие грубой неосторожности и/или умысла и/или противоправными действиями Страхователя (Застрахованного);
- 5.1.32. расходы, связанные с предоставлением переводчика в связи с получением медицинских, транспортных и иных услуг, предусмотренных Договором;
- 5.1.33. 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;
- 5.1.34. 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;
- 5.1.35. расходы по организации плановой транспортировки до медицинского учреждения;
- 5.1.36. расходы, связанные с любыми претензиями, возникшими в ходе поездки, предпринятой, несмотря на медицинские противопоказания;
- 5.1.37. любые расходы, связанные с поисково-спасательными мероприятиями с целью обнаружения Застрахованного в горах, на море, в пустыне, в джунглях или других удаленных районах;
- 5.1.38. 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;
- 5.1.39. любые расходы, связанные с последующими переездами в связи с одним и тем же страховым случаем после возвращения Застрахованного к месту проживания;
- 5.1.40. расходы, связанные с нарушением правил техники безопасности при выполнении работы по найму;

- 5.1.41. расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного проживания;
- 5.1.42. 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;
- 5.1.43. ритуальные услуги, погребение и проведение поминальных обедов;
- 5.1.44. моральный вред, упущенная выгода, неустойка, штрафы, пени и иные косвенные убытки;
- 5.1.45. расходы, не предусмотренные условиями страхования.
- 5.2. Если иное не предусмотрено условиями страхования, страховой защитой не покрываются расходы, связанные с лечением заболеваний и/или иных расстройств здоровья:
- 5.2.1. 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;
- 5.2.2. связанные с участием в официально проводимых спортивных соревнованиях;
- 5.2.3. вследствие осуществления профессиональной деятельности по соглашению или Договору;
- 5.2.4. вследствие госпитализации, лечения и приобретения лекарственных препаратов, в связи с впервые диагностированным в период действия страховой защиты коронавирусным заболеванием (COVID).
- 5.3. Не подлежат страхованию лица:
- 5.3.1. старше 80 лет;
- 5.3.2. 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;
- 5.3.3. выезжающие на территорию страхования с целью получения любого вида лечения;
- 5.3.4. находящиеся на момент заключения Договора на предполагаемой территории страхования;
- 5.3.5. выезжающие в страны, не рекомендованные для выезда межведомственными комиссиями и уполномоченными государственными органами, публикуемые на официальных источниках указанных ведомств;
- 5.3.6. с медицинскими противопоказаниями к перелету.

РАЗДЕЛ 6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Договор заключается при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением на страхование.
- 6.2. Заявление на страхование должно содержать следующие сведения:
- данные Страхователя (фамилия, имя, отчество, ИИН или наименование организации с указанием БИН, полного адреса местонахождения, номера телефона и других средств связи, наименование, номер и дата выдачи документа, удостоверяющего личность);
 - данные Застрахованного (фамилия, имя, отчество, ИИН, адрес регистрации, адрес фактического проживания, наименование, номер и дата выдачи документа, удостоверяющего личность, наличие официальных разрешений, как временных, так и постоянных, на проживание вне территории государства, чье гражданство имеет);
 - заявленную страховую сумму и перечень рисков, которые Страхователь желает передать на страхование;
 - территорию страхования;
 - цель поездки;
 - сумму и валюту страхового покрытия;
 - срок действия Договора/период страховой защиты;
 - другую информацию, необходимую для определения степени риска и расчета страховой премии.
- 6.3. 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 условиями страхования. По требованию Страхователя Страховщик может дополнительно вручить ему Правила путем их направления на адрес электронной почты.

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

6.5. Оформление Договора осуществляется после оплаты страховой премии наличным или безналичным платежом.

6.6. Договор, если в нем не предусмотрены иные условия, вступает в силу с даты его заключения.

6.7. Договор заключается на срок, согласованный сторонами.

6.8. 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.

6.9. Страховщик, узнавший в период действия Договора об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать досрочного прекращения Договора с одновременным заключением нового Договора и уплаты страховой премии соразмерно увеличению риска.

6.10. Страховщик вправе отказать в заключении Договора без объяснения причин.

РАЗДЕЛ 7. ТЕРРИТОРИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Срок и территория действия указываются в Договоре.

7.2. Страховая защита распространяется на территорию страхования.

7.3. Страховая защита ограничивается периодом фактического пребывания Застрахованного на территории страхования, если условиями страхования не предусмотрено иное.

7.4. Исключаются из территории страхования:

7.4.1. государства, на территории которых ведутся военные действия;

7.4.2. территории государств, в пределах которых обнаружены или признаны очаги эпидемий и/или объявлен карантин;

7.4.3. территория постоянного проживания;

7.4.4. территории государств, в отношении которых применены экономические и/или военные санкции ООН (Организация Объединенных Наций);

7.4.5. территории государств, гражданство или вид на жительство которой имеет Застрахованный или получил его после вступления Договора в силу.

7.5. Срок действия страховой защиты определяется условиями страхования и может не совпадать со сроком действия Договора.

РАЗДЕЛ 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь вправе:

8.1.1. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору;

8.1.2. получить дубликат Договора в случае его утраты;

8.1.3. на получение объема медицинских услуг в соответствии с условиями страхования;

8.1.4. осуществлять контроль за выполнением условий Договора;

8.1.5. в письменном виде сообщать Страховщику о случаях непредоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг;

8.1.6. оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;

8.1.7. досрочно прекратить Договор.

8.2. Страхователь (Застрахованный) обязан:

8.2.1. предоставлять Страховщику достоверную информацию, необходимую для оценки страхового риска;

8.2.2. уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором;

- 8.2.3. для получения дубликата Договора в письменном виде обратиться к Страховщику;
- 8.2.4. информировать Страховщика о состоянии страхового риска;
- 8.2.5. уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, установленные условиями Договора;
- 8.2.6. согласовать свои действия с Ассистансом и следовать его инструкциям;
- 8.2.7. при наступлении страхового случая принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы предотвратить или уменьшить возможные убытки;
- 8.2.8. следовать указаниям врачей;
- 8.2.9. уполномочить врачей, медицинские организации и иных уполномоченных лиц выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы;
- 8.2.10. 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;
- 8.2.11. обеспечить переход к Страховщику права обратного требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
- 8.2.12. обратиться в медицинскую организацию по согласованию с Ассистансом и/или Страховщиком, предъявив Договор и документ, удостоверяющий личность;
- 8.2.13. при получении медицинских услуг уплатить разницу, превышающую лимиты, установленные страхованием;
- 8.2.14. не препятствовать представителю Страховщика или Ассистанса в получении информации от лечащего врача о ходе лечения.
- 8.3. Страховщик вправе:
 - 8.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение требований и условий Договора;
 - 8.3.2. 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;
 - 8.3.3. проводить проверку представленных документов по страховому случаю, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также требовать дополнительного медицинского освидетельствования Застрахованного;
 - 8.3.4. 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;
 - 8.3.5. не оплачивать медицинские услуги, оказанные Застрахованному сверх лимитов затрат, предусмотренных условиями страхования;
 - 8.3.6. отказать в осуществлении страховой выплаты полностью или частично по основаниям, предусмотренным условиями Договора.
- 8.4. Страховщик обязан:
 - 8.4.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования и по его требованию предъявить копию Правил;
 - 8.4.2. обеспечить предоставление медицинских услуг Застрахованному посредством услуг Ассистанса;
 - 8.4.3. контролировать объем и качество оказываемой Застрахованному медицинской помощи в соответствии с условиями Договора;
 - 8.4.4. соблюдать тайну страхования;
- 8.5. Условиями страхования могут быть предусмотрены и другие права и обязанности Страховщика и Страхователя, не противоречащие законодательству РК.

РАЗДЕЛ 9. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 9.1. 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:
 - 9.1.1. фамилию, имя, отчество (при его наличии) Застрахованного;
 - 9.1.2. номер Договора и период его действия;

- 9.1.3. наименование Страховщика;
- 9.1.4. дату, время и место наступления страхового случая;
- 9.1.5. подробное описание обстоятельств происшедшего случая и характер требуемой помощи;
- 9.1.6. местонахождение Застрахованного и номер телефона для обратной связи.
- 9.2. 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.
- 9.3. Если страховым случаем является смерть Застрахованного, то срок уведомления Страховщика о страховом случае продлевается до 30 (тридцати) календарных дней.
- 9.4. 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.

РАЗДЕЛ 10. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ

- 10.1. 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.
- 10.2. Для получения страховой выплаты в случае отсутствия Ассистанса в стране пребывания, Застрахованный представляет Страховщику:
- 10.2.1 заявление о наступлении страхового случая;
- 10.2.2. Договор (его дубликат);
- 10.2.3. копии всех страниц документа, удостоверяющего личность Застрахованного;
- 10.2.4. оригинал или нотариально заверенная копия заключения соответствующего медицинского учреждения с указанием Ф.И.О. Застрахованного, характера причиненного ему вреда, диагноза, даты обращения (госпитализации);
- 10.2.5. оригинал или нотариально заверенная копия заключения медицинского учреждения, констатировавшего смерть Застрахованного, с указанием даты и причины смерти;
- 10.2.6. нотариально заверенная копия свидетельства о смерти или уведомления о смерти (в случае смерти Застрахованного);
- 10.2.7. 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;
- 10.2.8. 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;
- 10.2.9. нотариально заверенные копии амбулаторной карты, истории болезни либо выписок из указанных документов, заверенные уполномоченным лицом и скрепленные печатью соответствующего медицинского учреждения, оригиналы рентгеновских снимков;
- 10.2.10. 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;
- 10.2.11. квитанции по оплате услуг репатриации – в случае смерти Застрахованного;
- 10.2.12. сведения, необходимые для перечисления страховой выплаты.
- 10.3. 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 быть 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.

10.4. 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.

10.5. Документы, предоставляемые Страховщику, должны содержать исчерпывающую информацию о факте и причинах наступления страхового случая и размере причиненных убытков.

10.6. Страховщик уведомляет о недостающих документах в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления об осуществлении страховой выплаты.

10.7. 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.

10.8. 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.

РАЗДЕЛ 11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. 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.

11.2. 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

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

11.4. 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.

11.5. 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.

- 11.6. Страховщик вправе отказать в осуществлении страховой выплаты полностью либо частично если Страхователь (Застрахованный):
- 11.6.1. не известил либо своевременно не известил о страховом случае в порядке и сроки, установленные условиями страхования;
 - 11.6.2. 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;
 - 11.6.3. препятствовал Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера вреда, причиненного здоровью Застрахованного;
 - 11.6.4. 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;
 - 11.6.5. не выполнял или нарушал больничный режим лечащего врача;
 - 11.6.6. умышленно не принял меры по уменьшению убытков от страхового случая;
- 11.7. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения в случаях, предусмотренных законодательством РК, а также в случаях, возникших в результате:
- 11.7.1. получения заболеваний и/или иного расстройства здоровья, вызванных преступными или противоправными действиями Страхователя, Застрахованного;
 - 11.7.2. 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;
 - 11.7.3. 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.
- 11.8. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, если стало известно, что на дату заключения Договора Застрахованный:
- 11.8.1. 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);
 - 11.8.2. выехал на территорию страхования с целью получения любого вида лечения;
 - 11.8.3. находился на предполагаемой территории страхования;
 - 11.8.4. находился в странах, не рекомендованные для выезда межведомственными комиссиями, уполномоченными государственными органами, публикуемые на официальных источниках указанных ведомств;
 - 11.8.5. имел/имеет медицинские противопоказания к перелету.

РАЗДЕЛ 12. РАСТОРЖЕНИЕ И ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

- 12.1. Договор прекращает свое действие в случаях:
- 12.1.1. истечения срока действия;
 - 12.1.2. когда перестал существовать объект страхования;
 - 12.1.3. когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
 - 12.1.4. вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации Страховщика, за исключением случаев, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности»;
 - 12.1.5. в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности»;
 - 12.1.6. при осуществлении страховых выплат в размере полной страховой суммы;
 - 12.1.7. досрочного выезда с территории страхования Застрахованного, если иное не предусмотрено условиями страхования;
 - 12.1.8. расторжения Договора по соглашению между Страхователем и Страховщиком;
 - 12.1.9. расторжения Договора по инициативе Страхователя, в соответствии с Правилами и условиями Договора;
 - 12.1.10. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

- 12.2. 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.
- 12.3. Возврат уплаченной страховой премии осуществляется в зависимости от условий страхования, наличия или отсутствия страховых выплат и неурегулированных претензий.
- 12.4. Расчет возврата части страховой премии производится на основании условий страхования.
- 12.5. Договор прекращается в 24.00 часа дня, определенного как окончание срока его действия.

РАЗДЕЛ 13. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 13.1. К правоотношениям, прямо не урегулированным Договором и Правилами, 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.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ГРАЖДАН,
ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
«COMFORT+COVID-19»**

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного страхования на случай болезни граждан, выезжающих за пределы территории Республики Казахстан «COMFORT+COVID-19» (далее - Правила) Акционерное общество «Страховая компания «АСКО» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного страхования на случай болезни граждан, выезжающих за пределы территории Республики Казахстан «COMFORT+COVID-19» (далее договор или полис) с физическими и юридическими лицами (далее по тексту – Страхователь).

1.2. Понятия, используемые в Правилах:

Страхователь – физическое или юридическое лицо, заключившее договор.

Застрахованный – лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Если Страхователь заключил договор в свою пользу - он является Застрахованным.

Выгодоприобретатель – лицо, которое в соответствии с условиями договора является получателем страховой выплаты. Выгодоприобретателями являются:

- а) в случае организации и предоставления услуг медицинским ассистансом и/или медицинскими организациями – медицинский ассистанс;
- б) в случае самостоятельной оплаты услуг на условиях договора – Страхователь (Застрахованный) или его законный представитель.

Страховой случай - событие, с наступлением которого договор предусматривает осуществление страховой выплаты.

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

Территория страхования – территория действия договора.

Медицинский ассистанс (далее - Ассистанс) ООО «Савитар Груп» - сервисная компания, отвечающая за организацию, координацию и контроль предоставления Застрахованному услуг.

Местные корреспонденты - международные ассистанские компании, привлекаемые Ассистансом в отдельных случаях для организации медицинских и медико-транспортных услуг за рубежом.

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

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

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

Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание) — консервативное (терапевтическое) и оперативное хирургическое лечение Застрахованного в стационаре, включая медикаментозное обеспечение, лабораторные исследования и диагностику, связанные с установлением диагноза.

Медико – транспортные расходы – медицинская эвакуация и посмертная репатриация.

Медицинская транспортировка (по показаниям) – транспортировка Застрахованного в медицинское учреждение на территории страхования, связанная с резким ухудшением его здоровья

и необходимостью оказания ему медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических и/или стационарных условиях, и/или до ближайшего международного аэропорта с целью его медицинской эвакуации (репатриации) на специализированном медицинском или ином другом транспорте в присутствии квалифицированных специалистов.

Медицинская эвакуация – организация выезда Застрахованного из-за границы до ближайшего к месту его жительства международного аэропорта в Республике Казахстан либо международного аэропорта страны гражданства, в случае когда расходы по пребыванию в стационаре на территории страхования могут превысить объем ответственности Страховщика, или при условии отсутствия в стране временного пребывания возможности для предоставления требуемой медицинской помощи.

Посмертная репатриация – транспортировка тела Застрахованного до ближайшего к месту захоронения международного аэропорта в Республике Казахстан либо международного аэропорта страны гражданства, исключая расходы по похоронам и погребению.

Медикаментозное обеспечение - снабжение Застрахованного медикаментами, перевязочными материалами, медицинским инструментарием.

Чрезвычайные транспортные расходы - расходы, связанные с оплатой транспорта для третьих лиц. Если путешествующий в одиночку Застрахованный окажется госпитализированным на территории страхования и по профессиональному мнению врача состояние больного расценивается как критическое, Страховщик возмещает одному лицу, являющемуся близким родственником или супругом (-ой) Застрахованного, расходы на приобретение билета в оба конца экономическим классом для посещения больного. Расходы по проживанию 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 болезни или несчастного случая с последним, Страховщик возмещает расходы за проезд в страну постоянного проживания экономическим классом. Для этого Застрахованный обращается в один из диспетчерских центров Ассистанса, а также возвращает Страховщику стоимость билета (-ов) (авиа, ж/д, авто, морским транспортом) за проезд детей, неиспользованного (-ых) в связи с наступлением страхового случая.

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

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

COVID-19 - острое инфекционное заболевание дыхательных путей, возбудителем которого является коронавирус.

ПЦР анализ - метод лабораторной диагностики, направленный на выявление возбудителей коронавирусного заболевания (COVID-19).

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с получением неотложной медицинской и медико-транспортной помощи, необходимые для восстановления здоровья, в результате внезапного заболевания и/или несчастного случая в объеме, предусмотренном условиями страхования.

2.2. Страхователем (Застрахованным (-ми)) по договору могут выступать физические лица, выезжающие за границу Республики Казахстан с целью туризма, участия в спортивных мероприятиях или тренировках, работы по найму или контракту, обучения, совершения деловых или гостевых поездок, а также юридические лица, направляющие своих сотрудников за границу Республики Казахстан в деловые и иные поездки.

2.3. Застрахованными могут быть лица в возрасте от одного года до 60 лет.

РАЗДЕЛ 3. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ

3.1. Страховым случаем является событие, произошедшее с Застрахованным и повлекшее расходы:

- 3.1.1. со смертью или причинением вреда здоровью Застрахованного в результате несчастного случая, внезапного заболевания или обострения хронического заболевания;
- 3.1.2. с обращением Застрахованного за оказанием медицинской или медико–транспортной помощи в связи с внезапным заболеванием, прямо угрожающего жизни Застрахованного, причинения вреда здоровью в результате несчастного случая, острой зубной болью, требующей неотложной стоматологической помощи;
- 3.1.3. на госпитализацию в связи с впервые диагностированным в период действия страховой защиты коронавирусом (COVID-19).
- 3.2. При наступлении страхового случая Страховщик посредством услуг Ассистанса (в отдельных случаях, местных корреспондентов) обязуется организовать предоставление медицинской и медико-транспортной помощи и произвести страховую выплату.
- 3.3. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе (Застрахованном).
- 3.4. Смерть Застрахованного в результате несчастного случая и/или заболевания, наступившая после окончания срока действия договора, страховой защитой не покрывается.

ЛИМИТЫ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА ГРАНИЦУ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
"COMFORT + COVID-19"

СТРАНА ПРЕБЫВАНИЯ	Страны Евросоюза + Швейцария			США, Канада, Япония, Австралия и Океания			Турция			Страны Африки, Азии, Ближнего Востока, Латинской Америки и страны на территории континента Европа не входящие в Евроююз			Страны СНГ + Грузия, Украина		
	(USD, EUR)														
ПОКРЫВАЕМЫЕ РИСКИ	30000	50000	70000	50000	70000	100000	10000	20000	30000	10000	20000	30000	5000	10000	15000
Медицинский совет по телефону	покрывается			покрывается			покрывается			покрывается			покрывается		
Экстренная стоматология	200	300	300	300	300	300	100	100	200	100	200	200	100	100	200
Срочная медицинская помощь (амбулаторное медицинское обслуживание)	22300	37200	52200	37200	52200	74700	7400	14800	22300	11900	20050	27550	3650	7400	11050
Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание)															
Медицинская транспортировка по показаниям															
Медицинская эвакуация															
Медикаментозное обеспечение, связанное с амбулаторным медицинским обслуживанием															
Медицинская репатриация (для медицинского лечения)															
Посмертная репатриация															
Срочная медицинская госпитализация (стационарное медицинское обслуживание) по потвержденному заболеванию Covid- 19	3 000	5 000	7 000	5 000	7 000	10 000	1 000	2 000	3 000	1 500	2 500	3 500	500	1 000	1 500
Медикаментозное обеспечение, диагностические исследования (в т.ч. разовый ПЦР-тест															

при положительном анализе), связанные со стационарным медицинским обслуживанием по заболеванию Covid-19															
Чрезвычайные транспортные расходы	4 500	7 500	10500	7500	10500	15000	1500	3100	4500	1500	2250	3750	750	1500	2250

РАЗДЕЛ 4. ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Не подлежат страхованию лица:

4.1.1. старше 60 лет;

4.1.2. страдающие болезнями легочной системы (бронхиальная астма, плеврит, туберкулез, хроническая обструктивная болезнь легких);

4.1.3. находящиеся на карантине с подозрением на коронавирусное заболевание (COVID-19), либо находившиеся на карантине менее чем за 10 (десять) дней до даты заключения договора;

4.1.4. выезжающие за границу Республики Казахстан с целью получения любого вида лечения, согласно правилам пересечения границы;

4.1.5. находящиеся на момент заключения договора на предполагаемой территории страхования;

4.1.6. у которых выявлен положительный ПЦР анализ на коронавирусное заболевание (COVID-19) на дату заключения договора;

4.1.7. являющиеся медицинскими работниками, выезжающие на территорию страхования с целью работы по контракту (в связи с оказанием медицинских услуг), ухода за больными, престарелыми людьми;

4.1.8. выезжающие в страны, не рекомендованные для выезда межведомственной комиссией РК, МИД РК или другим уполномоченным государственным органом, публикуемые на официальных источниках указанных ведомств.

4.2. Действие договора не распространяется на:

4.2.1. ухудшение состояния здоровья или смерть Страхователя (Застрахованного), связанные с заболеваниями, имевшимися до начала срока страхования, независимо от того, проводилось по ним лечение или нет, и понесенными расходами, относящимися к этому лечению, а также если путешествие было противопоказано Страхователю (Застрахованному) по состоянию здоровья и/или могло усугубить течение имевшегося заболевания (послужить причиной его обострения);

4.2.2. хронические заболевания, любые их последствия и осложнения за исключением внезапных обострений, прямо угрожающих жизни Страхователя (Застрахованного);

4.2.3. инфекционные и паразитарные заболевания, которые могли быть предотвращены вакцинацией и/или являющиеся следствием нарушения Страхователем (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;

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

4.2.5. глубокие микозы, псориаз;

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

4.2.7. врожденные аномалии и пороки развития;

4.2.8. физические факторы (вибрация, ультразвук, электромагнитные излучения, электросварка, гипертермия, лазерные излучения, декомпрессия);

4.2.9. психические заболевания, эпилепсия (первичная и симптоматическая) и их обострения, а также связанные с ними травматические повреждения, депрессии;

4.2.10. онкологические, онкогематологические заболевания;

4.2.11. острые и хронические лучевые поражения, солнечные ожоги, аллергии и дерматиты, в том числе, связанные с солнечным ожогом;

4.2.12. сахарный диабет;

- 4.2.13. хроническую почечную недостаточность, требующую проведения внепочечного очищения крови;
- 4.2.14. лечение бесплодия, импотенции, подбор методов контрацепции, искусственное оплодотворение;
- 4.2.15. заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку ИВР, кроме консервативного лечения;
- 4.2.16. пластическую хирургию;
- 4.2.17. косметологическое и иное лечение, связанное с устранением недостатков внешности и телесных аномалий, связанные с пластической восстановительной хирургией и всякого рода протезированием, включая зубное и глазное, а также расходы по оплате хирургических вмешательств на сердце и сосудах (аортокоронарное шунтирование и др.) даже при наличии медицинских показаний к их проведению;
- 4.2.18. ортопедию, за исключением восстановления и/или коррекции после страхового случая, произошедшего в период действия договора;
- 4.2.19. острое отравление алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами;
- 4.2.20. ухудшение состояния здоровья или смерть Страхователя (Застрахованного), наступившие во время пребывания за границей с целью получения лечения;
- 4.2.21. причинение вреда здоровью или смерти Страхователя (Застрахованного), находящегося в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения;
- 4.2.22. причинение вреда здоровью или смерти Страхователя (Застрахованного), связанные с выполнением любых форм опасной работы в связи с любым делом, ремеслом или профессией, скачками, автогонками и соревнованиями, профессиональным или организованным спортом, дайвингом, альпинизмом, требующим использование веревок и проводников, спуском в пещеры, прыжками в воду, занятиями зимними видами спорта, любыми видами полетов (дельтапланеризм, аэро-парашютный спорт, парашютный спорт и т.д.) за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным рейсом по установленному маршруту, если дополнительный риск не был оплачен дополнительным страховым взносом;
- 4.2.23. причинение вреда здоровью или смерть Страхователя (Застрахованного), находящиеся в прямой причинно-следственной связи с умышленным нанесением самому себе и/или третьими лицами телесных повреждений (травм), а также подверженное себя неоправданному риску за исключением необходимой обороны или крайней необходимости;
- 4.2.24. причинение вреда здоровью или смерти Страхователя (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 Страхователя (Застрахованного) в общественных беспорядках, службы в вооруженных силах и формированиях любых стран, воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 4.2.25. лечение коронавирусного заболевания (COVID-19), не связанного с получением стационарной помощи;
- 4.2.26. лечение наследственных заболеваний;
- 4.2.27. лечение туберкулеза и саркоидоза, независимо от клинической формы и стадии процесса;
- 4.2.28. трансплантацию органов и тканей;
- 4.2.29. лечение ВИЧ - инфекции, включая СПИД и его последствия (осложнения);
- 4.2.30. лечение бесплодия у мужчин и женщин, контрацепцией, сексуальных расстройств;
- 4.2.31. лечение нетрадиционными методами (народная медицина, целительство);
- 4.2.32. лечебный массаж и мануальную терапию, профилактическое обследование, общий медицинский осмотр, прививки;
- 4.2.33. санаторно-курортное лечение, санаторий, терапевтический или попечительский уход;
- 4.2.34. заболевание или последствия (осложнения) заболевания всеми видами гепатита;
- 4.2.35. лечение Страхователя (Застрахованного) и/или уходом за ним, осуществляемые его родственниками, независимо от того, являются ли они дипломированными медицинскими работниками;
- 4.2.36. оказание услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;

4.2.37. случаи, происшедшие до начала действия срока страхования и по его истечении, а также расходы, которые имели место после возвращения Застрахованного в страну постоянного проживания.

4.3. Страховой защитой не покрываются:

4.3.1. затраты на лабораторные анализы по выявлению коронавирусного заболевания (COVID-19), в профилактических целях (при въезде или выезде в страну) для предъявления в компетентные органы, а также сдача контрольного анализа после амбулаторного, стационарного лечения;

4.3.2. затраты, связанные с беременностью (включая осложнения), родовспоможением и абортами;

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

4.3.4. затраты на эвакуацию/репатриацию, организованной не Страховщиком, а также расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного проживания;

4.3.5. затраты Застрахованного в качестве пассажира в любом средстве транспорта, не принадлежащем зарегистрированному перевозчику;

4.3.6. случаи, наступившие вследствие грубой неосторожности Страхователя (Застрахованного);

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

4.3.8. ритуальные услуги, погребение и проведение поминальных обедов.

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

РАЗДЕЛ 5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор заключается путем присоединения Страхователя к настоящим Правилам и оформления полиса на бумажном бланке Страховщика (оферта).

5.2. Договор заключается на основании письменного заявления Страхователя.

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

5.4. Оформление полиса для физического лица осуществляется после полной оплаты страховой премии единовременно наличным или безналичным платежом.

5.5. Оформление полиса для юридического лица может быть предусмотрена рассрочка, отсрочка по уплате страховой премии или единовременная уплата страховой премии.

5.6. 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.

5.7. Страховщик вправе отказать в заключении договора без объяснения причин.

5.8. Договор вступает в силу с момента оформления полиса.

РАЗДЕЛ 6. СРОК И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Срок, территория и время действия договора указываются в полисе.

6.2. Страховая защита распространяется на территорию страхования.

6.3. Страховая защита начинает действовать с 00.01 минуты дня, обозначенного как начало срока действия договора и прекращается в 24.00 часа даты, указанной как окончание такого срока.

6.4. Договор заключается на конкретную поездку (путешествие, поход, экскурсию, командировку и т.п) на основании письменного заявления на страхование.

6.5. Договор может быть заключен на период пребывания Страхователя (Застрахованного) на территории страхования не превышающий 180 (сто восемьдесят) дней.

6.6. Страховая защита ограничивается периодом фактического пребывания Страхователя (Застрахованного) на территории страхования.

6.7. Исключаются из территории страхования:

6.7.1. государства, на территории которых ведутся военные действия;

6.7.2. территории государств, в пределах которых обнаружены или признаны очаги эпидемий и/или объявлен карантин;

6.7.3. территория Республики Казахстан;

- 6.7.4. территории государств, в отношении которых применены экономические и/или военные санкции ООН (Организация Объединенных Наций);
- 6.7.5. территории государств, гражданство или вид на жительство которой имеет Страхователь (Застрахованный);
- 6.7.6. территории государств, гражданство или вид на жительство которых Застрахованный получил после вступления договора в силу.

РАЗДЕЛ 7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь вправе:

- 7.1.1. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по договору;
- 7.1.2. получить дубликат полиса в случае его утраты;
- 7.1.3. на получение объема медицинских услуг в соответствии с условиями выбранного пакета;
- 7.1.4. осуществлять контроль за выполнением условий договора;
- 7.1.5. в письменном виде сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг;
- 7.1.6. досрочно прекратить договор;
- 7.1.7. оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;

Условиями страхования могут быть предусмотрены и другие права Страхователя, не противоречащие законодательству РК.

7.2. Страхователь (Застрахованный) обязан:

- 7.2.1. предоставлять Страховщику достоверную информацию, необходимую для оценки страхового риска;
- 7.2.2. уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные договором;
- 7.2.3. для получения дубликата в письменном виде обратиться к Страховщику;
- 7.2.4. информировать Страховщика о состоянии страхового риска;
- 7.2.5. уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, установленные условиями договора;
- 7.2.6. обеспечить переход к Страховщику права обратного требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
- 7.2.7. при наступлении страхового случая принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы предотвратить или уменьшить возможные убытки;
- 7.2.8. следовать указаниям врачей;
- 7.2.9. уполномочить врачей, медицинские организации и иных уполномоченных лиц выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы;
- 7.2.10. 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;
- 7.2.11. согласовать свои действия с Ассистансом и следовать его инструкциям;
- 7.2.12. при транспортировке в медицинское учреждение пользоваться только предоставленным Ассистансом средством транспортировки;
- 7.2.13. обратиться в медицинскую организацию по согласованию с Ассистансом и/или Страховщиком, предъявив полис и документ, удостоверяющий личность;
- 7.2.14. при оказании медицинских услуг уплатить разницу, превышающую лимиты, установленные страхованием;
- 7.2.15. не препятствовать представителю Страховщика или Ассистанса в получении информации от лечащего врача о ходе лечения;
- 7.2.16. осуществлять иные обязанности, предусмотренные условиями страхования и действующим законодательством Республики Казахстан

Условиями страхования могут быть предусмотрены и другие обязанности Страхователя, не противоречащие законодательству РК.

7.3. Страховщик вправе:

- 7.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение требований и условий договора;

- 7.3.2. 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;
- 7.3.3. проводить проверку представленных документов по страховому случаю, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также требовать дополнительного медицинского освидетельствования Застрахованного;
- 7.3.4. досрочного прекращения договора, в случае если обнаружится, что Страхователь сообщил заведомо недостоверные сведения о состоянии здоровья Страхователя (Застрахованного) и иных рисков, имеющих для Страховщика значение при оценке страхового риска при заключении договора;
- 7.3.5. не оплачивать медицинские услуги, оказанные Застрахованному сверх лимитов затрат, предусмотренных условиями страхования;
- 7.3.6. отказать в осуществлении страховой выплаты полностью или частично по основаниям, предусмотренными условиями договора.

Условиями страхования могут быть предусмотрены и другие права Страховщика, не противоречащие законодательству РК.

7.4. Страховщик обязан:

- 7.4.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования;
- 7.4.2. обеспечить предоставление медицинских услуг Застрахованному посредством услуг Ассистанса;
- 7.4.3. контролировать объем и качество оказываемой Застрахованному медицинской помощи в соответствии с условиями договора;
- 7.4.4. соблюдать тайну страхования;
- 7.4.5. осуществлять иные обязанности, предусмотренные условиями страхования и действующим законодательством Республики Казахстан.

Условиями страхования могут быть предусмотрены и другие обязанности Страховщика, не противоречащие законодательству РК.

РАЗДЕЛ 8. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

8.1. 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:

- 8.1.1. Ф.И.О. Застрахованного;
- 8.1.2. номер полиса;
- 8.1.3. подробное описание обстоятельств происшедшего случая и характер требуемой помощи;
- 8.1.4. местонахождение Застрахованного и номер телефона для обратной связи.
- 8.2. 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.
- 8.3. Если страховым случаем является смерть Застрахованного, то срок уведомления Страховщика о страховом случае продлевается до 30 (тридцати) календарных дней.
- 8.4. 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.

РАЗДЕЛ 9. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ

9.1. 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.

9.2. Для получения страховой выплаты в случае отсутствия Ассистанса в стране пребывания, Застрахованный представляет Страховщику:

9.2.1. заявление о страховой выплате;

9.2.2. полис (его дубликат);

9.2.3. оригиналы медицинских документов, содержащие сведения о диагнозе, состоянии здоровья в момент обращения за медицинской помощью и о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения с соответствующим штампом/печатью;

9.2.4. документ, подтверждающий наступление обстоятельств, в результате которых причинен вред жизни или здоровью Страхователя (Застрахованного);

9.2.5. счета медицинского учреждения за оказанные услуги с указанием фамилии, имени, отчества (при его наличии в документе, удостоверяющем личность) пациента, даты обращения, установленного диагноза, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, квитанции за оплату медикаментов (наличие рецептов обязательно);

9.2.6. амбулаторную карту, копии проездных билетов (по требованию Страховщика);

9.2.7. копию заграничного паспорта с отметками о пересечении государственной границы;

9.2.8. нотариально заверенные копии документов о смерти, выданные в стране, где был зарегистрирован факт смерти, квитанции по оплате услуг репатриации – в случае смерти Страхователя (Застрахованного);

9.2.9. сведения, необходимые для перечисления страховой выплаты;

9.2.10. иные документы, необходимые для решения вопроса о выплате.

9.3. Документы, относящиеся к страховому случаю, предоставляются Страхователем (Застрахованным) с переводом на государственный и/или русский язык, заверенные штампом апостиля, в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента прибытия на территорию Республики Казахстан.

9.4. Страховщик уведомляет о недостающих документах в течении 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления об осуществлении страховой выплаты.

РАЗДЕЛ 10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

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

10.2. Размер страховой выплаты определяется по официальному курсу иностранной валюты, установленного Национальным банком Республики Казахстан на день заключения договора:

- в случае смерти Застрахованного – в размере фактически понесенных и подтвержденных расходов, связанных с репатриацией тела;

- в случае причинения вреда жизни и здоровью Застрахованного – в размере фактически понесенных и подтвержденных расходов на оказание медицинских услуг Застрахованному, стоимости медикаментов в пределах, предусмотренных страхованием.

10.3. Страховая выплата производится Страховщиком в течении 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента представления всех необходимых документов.

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

10.5. 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.

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

10.6.1. сообщил заранее искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения договора;

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

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

10.6.4. получил соответствующее возмещение от лица, виновного в причинении вреда;

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

10.6.6. 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;

10.6.7. воспользовался услугами медицинских учреждений, не входящих в медицинскую сеть и/или не рекомендованных Ассистансом;

10.6.8. не выполнял или нарушал больничный режим лечащего врача;

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

10.6.10. в случае причинения вреда здоровью Страхователя (Застрахованного) страховая выплата производится за период с даты наступления страхового случая и до окончания срока действия договора.

РАЗДЕЛ 11. РАСТОРЖЕНИЕ И ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

11.1. Договор считается прекращенным в случаях:

11.1.1. истечения срока действия;

11.1.2. досрочного прекращения.

11.2. Действие договора прекращается досрочно:

11.2.1. когда перестал существовать объект страхования;

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

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

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

11.2.5. по инициативе Страхователя;

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

11.2.7. в случае неуплаты Страхователем страховых премий в установленные договором порядка и сроки;

11.2.8. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

В указанных случаях договор считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для его прекращения.

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.

При досрочном прекращении договора, по обстоятельствам, указанным в пп.11.2.1-11.2.6 п.11.2., Страховщик производит расчет суммы возврата части страховой премии по следующей формуле:

СП (уплаченная страховая премия) – СП (удержанная страховая премия) – Расходы на ведение дела
– Сумма страховых выплат

При досрочном прекращении договора Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной им страховой премии пропорционально не истекшему сроку действия договора (в днях) за вычетом понесенных Страховщиком расходов на ведение дела в размере 65 % от части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю. В случае если Страховщиком осуществлялись страховые выплаты, страховые премии возврату не подлежат.

Датой прекращения договора является дата поступления письменного заявления Страхователя.

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

11.4. При досрочном расторжении договора по требованию Страховщика последний уведомляет Страхователя о своем намерении не менее чем за 7 (семь) рабочих дней до предполагаемой даты досрочного расторжения, если иное не установлено условиями страхования.

11.5. Страховщик не несет ответственность по случаям, произошедшим в период со дня получения Страхователем уведомления о досрочном расторжении договора до даты, отмеченной как дата расторжения договора.

11.6. Если требования Страховщика обусловлены неисполнением/ненадлежащим исполнением Страхователем условий договора, то Страховщик не возвращает уплаченные им страховые премии.

11.7. При отказе до начала срока действия договора по причине отказа уполномоченных органов в открытии визы или отказе в выезде за пределы государственной границы Республики Казахстан, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме.

РАЗДЕЛ 12. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

12.1. В случае утери полиса Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат.

12.2. Расходы Страховщика на ведение дела при оформлении дубликата полиса 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.

12.3. Все споры, возникающие между Сторонами по договору, разрешаются посредством переговоров. В случае не достижения договоренности Сторонами, спор передается на разрешение судом, в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

12.4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящими Правилами, Стороны руководствуются законодательством Республики Казахстан.

12.5. 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.

12.6. 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).

**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 необъявленной), 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. Выезд бригадой СМП осуществляется в пределах административных границ городов и областных центров.	Полное покрытие, но не более страховой суммы				

	Проведение необходимых лечебно-диагностических мероприятий					
	Применение лекарственных препаратов и медицинской аппаратуры.					
	Госпитализация Застрахованного в специализированное медицинское учреждение					
СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ	Госпитализация в стационар и дальнейшее наблюдение за лечением со стороны представителя Страховщика. 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 дней.	До 30 000 тенге за весь период страхования	До 40 000 тенге за весь период страхования	До 50 000 тенге за весь период страхования	До 60 000 тенге за весь период страхования	До 70 000 тенге за весь период страхования
РЕПАТРИАЦИЯ	Репатриация тела застрахованного до ближайшего к месту захоронения международного аэропорта в стране, гражданство которой Застрахованной имел при жизни, а именно: - расходы на гроб, соответствующий требованиям международных перевозок; - расходы, связанные с организацией, хранением и транспортировкой останков Застрахованного.	Не предусмотрена			Полное покрытие, но не более страховой суммы	

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 правоохрнительными 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.

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

ПРАВИЛА ВМЕНЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.3. На основании [Гражданского кодекса](#) Республики Казахстан (далее – Гражданский кодекс), [Кодекса](#) Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс), [Законов](#) Республики Казахстан «О страховой деятельности», «О миграции населения», настоящих Правил вмененного медицинского страхования (далее - Правила) Акционерное общество «Страховая компания «АСКО» (далее – Страховщик) заключает договоры вмененного медицинского страхования (далее - Договор) с физическими и юридическими лицами (далее по тексту – Страхователь) для целей оказания минимального перечня медицинской помощи иностранцам, временно пребывающих на территории Республики Казахстан, в соответствии с [пунктом 1 статьи 201-1](#) Кодекса.

1.4. Правила определяют общий порядок и условия заключения, исполнения и прекращения Договора.

1.3. Заключая Договор, Страхователь подтверждает, что Страховщик предоставил ему в доступной форме полную информацию:

- об условиях, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- об исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ в страховой выплате или сокращение ее размера;
- о сроках рассмотрения обращений Страхователя (Выгодоприобретателя) относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;
- об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, и порядке приема документов, в том числе путем размещения соответствующей информации на сайте Страховщика.

1.4. Понятия, используемые в Правилах:

1.4.1. **заболевание** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными или/и морфологическими изменениями;

1.4.2. **субъекты здравоохранения** – организации здравоохранения, а также физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью;

1.4.3. **минимальный перечень медицинской помощи при вмененном медицинском страховании (далее – минимальный перечень)** – перечень медицинской помощи, определяемый уполномоченным органом;

1.4.4. **участники медицинской сети** – субъекты здравоохранения, которые заключили со Страховщиком или медицинской сервисной компанией/Ассистансом соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинской помощи Застрахованным;

- 1.4.5. **направление на получение медицинской помощи** – документ, выданный Страховщиком/Ассистансом, подтверждающий право Застрахованного на получение медицинской помощи, предоставляемой участниками медицинской сети согласно условиям Договора;
- 1.4.6. **медицинская сервисная компания/Ассистанс** – юридическое лицо, которое на основании соглашения со Страховщиком осуществляет услуги круглосуточной информационной поддержки Застрахованного, а также участников медицинской сети на основании соглашений с участниками медицинской сети;
- 1.4.7. **медицинская организация** – организация здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи;
- 1.4.8. **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с Договором является получателем страховой выплаты;
- 1.4.9. **страховой случай** – ухудшение состояния здоровья застрахованного лица и связанное с ним получение медицинской помощи в медицинской организации;
- 1.4.10. **страховая сумма** – сумма денег, на которую застрахован объект вмененного медицинского страхования, и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая;
- 1.4.11. **страховая премия** – сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Выгодоприобретателю в размере, определенном условиями Договора;
- 1.4.12. **страховой риск** - вероятность ухудшения состояния здоровья Застрахованного, повлекшая необходимость обращения в медицинские организации;
- 1.4.13. **страховая выплата** – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая;
- 1.4.14. **координационный центр Страховщика/Ассистанса** – Call-центр круглосуточной информационной поддержки Застрахованного и участников медицинской сети;
- 1.4.15. **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование (иностранец, временно пребывающий на территории Республики Казахстан, в соответствии с п.1 статьи 201-1 Кодекса);
- 1.4.16. **Страхователь** – физическое или юридическое лицо, заключившее Договор со Страховщиком;
- 1.4.17. **уполномоченный орган** – центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в области охраны здоровья граждан Республики Казахстан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, качества оказания медицинских услуг (помощи).

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объект вмененного медицинского страхования – имущественный интерес Застрахованного, связанный с необходимостью получения медицинских услуг (помощи) в результате наступления страхового случая, определенного Договором.

РАЗДЕЛ 3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем при вмененном медицинском страховании является ухудшение состояния здоровья Застрахованного и связанное с ним получение в медицинской организации:

3.1.1. первичной медико-санитарной помощи;

3.1.2. специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной форме.

3.2. Минимальный перечень медицинской помощи при вмененном медицинском страховании определяется уполномоченным органом:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги
1	Первичная медико-санитарная помощь	
1.1.	A01.008.000	Прием: Фельдшер
1.2.	A01.008.008	Доврачебный осмотр в смотровом кабинете: Фельдшер
1.3.	A01.008.013	Оказание неотложной медицинской помощи: Фельдшер
1.4.	A01.009.000	Прием: Медицинская сестра с высшим образованием
1.5.	A01.009.008	Доврачебный осмотр в смотровом кабинете: Медицинская сестра с высшим образованием
1.6.	A01.010.000	Прием: Медицинская сестра со средним образованием
1.7.	A01.010.008	Доврачебный осмотр в смотровом кабинете: Медицинская сестра со средним образованием
1.8.	A01.011.000	Прием: Акушерка
1.9.	A01.011.008	Доврачебный осмотр в смотровом кабинете: Акушерка
Лабораторная диагностика (доврачебная помощь)		
1.10.	V03.866.003	Определение показателей мочи (рН, лейкоциты, эритроциты, уробилиноген, нитриты, белок) экспресс методом
1.11.	V03.401.003	Определение общего холестерина в сыворотке крови экспресс методом
1.12.	V03.335.003	Определение глюкозы в сыворотке крови экспресс методом
1.13.	V03.486.003	Определение триглицеридов в сыворотке крови экспресс методом
1.14.	V03.517.003	Определение хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в моче экспресс методом (тест на беременность)
Процедуры и манипуляции		
1.15.	E99.293.012	Забор крови из вены
1.16.	E99.296.013	Забор крови из пальца
1.17.	E91.496.105	Забор мазка на онкоцитологию
1.18.	D91.496.106	Забор мазка на степень чистоты влагалища
1.19.	E91.911.013	Забор материала на микробиологические исследования
Процедуры и манипуляции сестринского ухода		
1.20.	D97.311.050	Снятие швов, удаление лигатур
1.21.	D04.003.000	Консультация по телефону «Горячей линии»
Перечень услуг процедурного кабинета, оказываемых медицинскими работниками первичной медико-санитарной помощи		
1.22.	D99.590.022	Внутримышечная инъекция (без учета стоимости лекарственных средств)
1.23.	D99.590.023	Внутривенная инъекция (без учета стоимости лекарственных средств)
1.24.	D99.590.024	Подкожная инъекция (без учета стоимости лекарственных средств)
Перечень медицинских услуг, оказываемых врачами первичной медико-санитарной помощи (врач общей практики, участковый врач терапевт/ участковый педиатр)		
1.25.	A01.001.000	Прием: Терапевт
1.26.	A01.001.007	Оценка социального статуса семьи пациента: Участковый терапевт
1.27.	A01.002.000	Прием: Педиатр
1.28.	A01.002.002	Составление плана оздоровления пациента: Участковый педиатр
1.29.	A01.003.000	Прием: Семейный врач (Врач общей практики)
Лабораторная диагностика (квалифицированная помощь)		
1.30.	V02.061.002	Измерение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) в крови ручным методом
1.31.	V03.864.003	Определение гемоглобина в крови экспресс методом
1.32.	V03.865.003	Определение лейкоцитов в крови экспресс методом
1.33.	V03.867.003	Определение тропонина экспресс методом
1.34.	V03.868.003	Определение гликизированного гемоглобина экспресс методом
1.35.	V03.869.003	Определение протромбинового времени, МНО на портативном анализаторе экспресс методом

Функциональная и инструментальная диагностика		
1.36.	C02.001.000	Электрокардиографическое исследование (в 12 отведениях) с расшифровкой
1.37.	C02.033.000	Спирография при записи на автоматизированных аппаратах
1.38.	C02.048.000	Динамометрия
1.39.	C02.054.000	Пульсоксиметрия
2	Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в экстренной форме	
2.1.		Круглосуточный координационный центр 24/7;
2.2.		Госпитализация в профильный стационар по экстренным показаниям;
2.3.		Оперативное вмешательство;
2.4.		Интенсивная терапия;
2.5.		Основные диагностические (лабораторно-инструментальные) исследования;
2.6.		Медикаменты, перевязочный материал, используемые в ходе стационарного лечения;
2.7.		Размещение в 3-х, 4-х или 5-ти местных палатах;
2.8.		Питание (в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 января 2002 года № 128 «Об утверждении натуральных норм на питание и минимальных норм оснащения мягким инвентарем государственных организаций здравоохранения республики»);
2.9.		Лечение только по основному диагнозу;
2.10.		Мониторинг 24/7 пребывания в стационаре координатором страховой компании;
2.11.		Пребывание не более 10 койко-дней.
Поводы обращения в организации первичной медико-санитарной помощи		
№ п/п	Группа поводов обращения	Наименование поводов обращения
1	Заболевание	Острое заболевание (состояние)/Обострение хронического заболевания
		Подозрение на социально-значимое заболевание
		Консультирование дистанционное по поводу заболевания
2	Травма	Острая травма (Травмпункт, АПО)
		Последствия травмы (АПО)
3	Административный	Административный
		Оформление амбулаторной карты и больничных листов
		Выписка рецептов

№	Экстренные показания к стационарному лечению:
1	бессознательное состояние;
2	наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;
3	ожоги и обморожения;
4	острые травмы, требующие круглосуточного пребывания в стационаре;
5	отравления;
6	аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса и т.д.);
7	судороги;
8	острые хирургические состояния;
9	острая почечная недостаточность;
10	острая печеночная недостаточность;
11	острая церебральная недостаточность;
12	острая дыхательная недостаточность;
13	острая сердечно-сосудистая недостаточность;
14	острый инфаркт миокарда;

15	гипертонический криз;
16	нестабильная стенокардия;
17	шок любой этиологии;
18	другие экстренные состояния

РАЗДЕЛ 4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

4.1. Размер страховой суммы по Договору определяется условиями соглашения сторон и должен быть не менее размера, определяемого в месячных расчетных показателях, установленных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, для оказания:

4.1.1. первичной медико-санитарной помощи – не менее пятидесяти месячных расчетных показателей;

4.1.2. специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной форме – не менее ста месячных расчетных показателей.

4.2. Страховая премия по Договору подлежит единовременной уплате Страхователем в течении 3 (трех) рабочих дней с момента предоставления Страховщиком соответствующего счета на оплату.

4.3. Страховая премия может быть оплачена наличным или безналичным платежом, путем перечисления денег на банковский счет Страховщика.

РАЗДЕЛ 5. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком на основании проведенной экспертизы соответствия полученных медицинских услуг и минимальному перечню.

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

5.2.1. получил медицинские услуги, не предусмотренные минимальным перечнем;

5.2.2. сообщил искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения Договора;

5.2.3. своевременно не известил о наступлении страхового случая;

5.2.4. имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан, но не представил Страховщику в установленный Договором срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;

5.2.5. совершил умышленные действия, направленные на возникновение страхового случая либо способствующие его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;

5.2.6. совершил действия, признанные в установленном законодательными актами Республики Казахстан порядке умышленными уголовными или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

5.3. Страхованием не покрывается моральный вред, упущенная выгода, потери, штрафы, неустойка, пени Выгодоприобретателя/Страхователя.

РАЗДЕЛ 6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор заключается на основании заявления, в котором Страхователь обязан указать точные и полные сведения об объекте страхования и другую необходимую информацию. Заявление является неотъемлемой частью Договора.

6.2. Договор заключается без предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного. При заключении Договора Застрахованный освобождает врачей от обязательств конфиденциальности (соблюдения врачебной тайны) перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

6.3. Информация, которая поступила к Страховщику в результате проверки состояния здоровья, является строго конфиденциальной. Передача Ассистансу данных о Застрахованном допускается только в той мере, в какой это не обходимо для целей страхования.

6.4. Договор заключается путем оформлением Договора в письменной форме.

6.5. Если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения о состоянии здоровья Застрахованного, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Республики Казахстан, а также отказать в страховой выплате.

РАЗДЕЛ 7. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Срок действия Договора устанавливается соглашением сторон, но не более 12 (двенадцати) месяцев.

7.2. Период действия страховой защиты совпадает со сроком действия Договора.

7.3. Территорией действия Договора является территория Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь вправе:

8.1.1. требовать от Страховщика разъяснения правил страхования, условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору;

8.1.2. требовать предоставления Застрахованному медицинских услуг согласно минимальному перечню участниками медицинской сети, а также оплаты по оказанным услугам. В случае непредоставления таких услуг Застрахованный должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика;

8.1.3. с согласия Страховщика вносить изменения и дополнения в список Застрахованных в соответствии с условиями Договора. При этом заключается дополнительное соглашение к Договору и производится перерасчет страховой премии;

8.1.4. досрочно расторгнуть Договор на основаниях, предусмотренных Договором;

8.1.5. совершать иные действия, не противоречащие Договору и законодательству Республики Казахстан.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. при заключении Договора представить Страховщику необходимые сведения и документы, подтверждающие представленные сведения (по требованию Страховщика);

8.2.2. при заключении Договора сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, для оценки страхового риска;

8.2.3. уплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Договором;

8.2.4. предоставить Страховщику достоверную информацию, касающуюся Застрахованного, необходимую для заключения Договора, в полном объеме;

8.2.5. довести до сведения Застрахованных условия Договора;

8.2.6. сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска в период действия Договора. При получении от Страховщика уведомления о необходимости внесения изменений в Договор и (или) уплаты дополнительной страховой премии в связи с увеличением страхового риска, в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения уведомления осуществить мероприятия, необходимые для заключения дополнительного соглашения и (или) уплаты дополнительной страховой премии;

8.2.7. получить согласие Застрахованного на заключение Договора в письменной форме (бумажной и/или электронной);

8.2.8. принять меры к заключению Договора на новый срок при наступлении случая, предусмотренного пп. 12.2.3. п.12.2 Правил;

8.2.9. предоставить документы, сведения, необходимые Страховщику для надлежащей проверки Страхователя/Застрахованного в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем и финансированию терроризма и внутренних нормативных документов Страховщика;

8.2.10. выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами и законодательством Республики Казахстан.

8.3. Страховщик вправе:

8.3.1. требовать от Выгодоприобретателя, Страхователя и/или Застрахованного предоставления необходимой достоверной информации;

8.3.2. изменять список участников медицинской сети с уведомлением Страхователя и/или Застрахованного;

8.3.3. проверять предоставленные Выгодоприобретателем, Страхователем/Застрахованным сведения и документы, а также выполнение Страхователем/Застрахованным требований и условий Договора;

8.3.4. осуществлять контроль за выполнением Страхователем/Застрахованным условий Договора;

8.3.5. получить уведомление о наступлении страхового случая и его документальное подтверждение;

8.3.6. требовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска;

8.3.7. требовать от Страхователя предоставления сведений и документов, необходимых для идентификации клиента в соответствии с требованиями законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма;

8.3.8. совершать иные действия, не противоречащие Договору и законодательству Республики Казахстан.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. ознакомить Страхователя с условиями страхования, его правами и обязанностями по Договору;

8.4.2. организовать предоставление Застрахованному медицинской помощи, предусмотренной минимальным перечнем;

8.4.3. обеспечить тайну страхования;

8.4.4. осуществлять страховую выплату субъектам здравоохранения из списка участников медицинской сети в порядке и сроки, определенные соглашениями между ними и Страховщиком в рамках минимального перечня;

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

8.4.6. обеспечить внесение достоверной информации о Страховщике, Страхователе, Застрахованных и Выгодоприобретателе в соответствии с Договором и законодательством Республики Казахстан в Единую базу данных по страхованию;

8.4.7. выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами и законодательством Республики Казахстан.

8.5. Застрахованный имеет право:

8.5.1. получать от Страховщика разъяснения условий Договора, а также порядка предоставления медицинских услуг;

8.5.2. получать медицинские услуги у субъектов здравоохранения, являющихся участниками медицинской сети, а также оплаты по оказанным услугам в соответствии с условиями Договора и минимальным перечнем;

8.5.3. сообщить Страховщику/Ассистансу о случаях непредоставления медицинских услуг, неполного и некачественного их предоставления;

8.5.4. совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

8.6. Застрахованный обязан:

8.6.1. при каждом обращении к участникам медицинской сети предъявлять документ, удостоверяющий личность;

8.6.2. соблюдать условия Договора;

8.6.3. передавать Страховщику/Ассистансу всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношения к страховому случаю, необходимые Страховщику/Ассистансу для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;

8.6.4. обращаться к участникам медицинской сети за получением медицинских услуг, указанных в минимальном перечне;

- 8.6.5. освободить субъект здравоохранения, оказавший ему услуги, от обязательств неразглашения врачебной (медицинской) тайны перед Страховщиком/Ассистансом, в части, касающейся обстоятельств страхового случая;
- 8.6.6. в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения требования Страховщика/Ассистанса возместить расходы, связанные со страховой выплатой по событию, которое в соответствии с условиями страхования не подпадает под определение страхового случая (при доказанности данного факта Страховщиком);
- 8.6.7. принять меры к заключению Договора на новый срок при наступлении случая, предусмотренного пп. 12.2.3. п.12.2. Правил;
- 8.6.8. выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами и законодательством Республики Казахстан.
- 8.7. Выгодоприобретатель вправе получить страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные Договором и законодательством Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 9. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 9.1. При наступлении страхового случая, Застрахованный обязан обратиться к работнику координационного центра Страховщика/Ассистанса и следовать его указаниям.
- 9.2. При каждом обращении за медицинскими услугами Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность.
- 9.3. Медицинские услуги оказываются на основании направления на получение медицинской помощи, выданного Страховщиком/Ассистансом (за исключением получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной форме), субъектами здравоохранения, являющимися участниками медицинской сети, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2011 года № 665 «Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи». При получении медицинских услуг Застрахованный подтверждает своей подписью (на бланке направления) факт оказания ему медицинских услуг.
- 9.4. Список участников медицинской сети указан в Приложении к Договору, а также размещен на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.
- 9.5. Страховщик имеет право вносить изменения в список участников медицинской сети с последующим уведомлением об этом Страхователя. Страхователь имеет право в любое время запрашивать у Страховщика изменения в списке участников медицинской сети.
- 9.6. В случае, если на момент исключения субъекта здравоохранения из списка участников медицинской сети, Застрахованный уже получил медицинскую услугу у субъекта здравоохранения, или еще продолжает получать курс лечения и для завершения лечения требуется время, Страховщик оплачивает такие медицинские услуги, но не более одного календарного месяца с момента получения Страхователем уведомления, но в любом случае в период действия страховой защиты.
- 9.7. Оказание Застрахованному медицинской услуги, не предусмотренной минимальным перечнем, осуществляется за счет источников, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ПОРЯДОК ЕЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

- 10.1. Страховщик осуществляет страховую выплату участнику медицинской сети, оказавшему услуги Застрахованному, в порядке и сроки, установленные заключенным договором между Страховщиком и участником медицинской сети соглашением.
- 10.2. Страховщик обязан не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения всех документов, указанных в Правилах, принять решение об осуществлении либо отказе в осуществлении страховой выплаты по наступившему страховому случаю.
- 10.3. В случае непредставления Выгодоприобретателем всех документов, предусмотренных Правилами, Страховщик обязан в течение 10 (десяти) рабочих дней письменно уведомить его о недостающих документах.

10.4. Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на Выгодоприобретателя.

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

11.1. Документом, подтверждающим наступление страхового случая, является письменное уведомление Выгодоприобретателя, направленное в адрес Страховщика, с приложением копий подтверждающих документов:

11.1.1. копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного;

11.1.2. документ, подтверждающий реквизиты банковского счета (наименование банка, двадцатизначный счет клиента (IBAN));

11.1.3. направление на получение медицинской помощи (за исключением случаев получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной форме);

11.1.4. акты выполненных работ (оказанных услуг);

11.1.5. счет-фактура, фискальный чек;

11.1.6. копии форм учетной документации, используемых в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях, согласно [формам](#), утвержденным Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению».

РАЗДЕЛ 12. ПРЕКРАЩЕНИЕ И ДОСРОЧНОЕ РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

12.1. Стороны имеют право на досрочное расторжение Договора. О намерении досрочного расторжения действия Договора Стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

12.2. Договор считается прекращенным в следующих случаях:

12.2.1. истечения срока действия Договора;

12.2.2. досрочного прекращения Договора согласно [статье 841](#) Гражданского кодекса;

12.2.3. осуществления Страховщиком страховых выплат в размере общей страховой суммы, установленной Договором, по страховому случаю, имевшему место в течение срока действия Договора.

12.3. В случаях, если досрочное прекращение Договора, вызвано неисполнением его условий по вине Страховщика, либо невозможности исполнения Договора Страховщиком, последний обязан возвратить Страхователю уплаченную им страховую премию полностью.

12.4. При досрочном прекращении Договора по основанию, указанному в пп. 12.2.2. п. 12.2. правил Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование за минусом административных расходов в размере 15 (пятнадцать) процентов от суммы премии, подлежащей возврату, если иное не предусмотрено ст. 842 Гражданского Кодекса Республики Казахстан.

12.5. В случаях, когда досрочное прекращение Договора вызвано невыполнением его условий Страхователем, уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

12.6. Прекращение Договора не освобождает Страховщика от обязанности по осуществлению страховой выплаты Выгодоприобретателю по страховым случаям, признанным в последующем страховыми случаями, которые произошли в период действия Договора. Страховая выплата осуществляется Страховщиком, заключившим Договор, в период действия которого произошел страховой случай.

РАЗДЕЛ 13. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

13.1. Изменение условий Договора производится по взаимному согласию Страхователя и Страховщика, на основании заявления одной из Сторон в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения заявления другой Стороной и оформляется дополнительным соглашением Сторон к Договору.

РАЗДЕЛ 14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Все споры, возникающие между Сторонами, разрешаются путем проведения переговоров.

14.2. Разногласия, по которым Стороны не достигли соглашения, разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 15. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

15.1. К правоотношениям, прямо не урегулированным Договором и Правилами, 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.