





АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «КАЗАХМЫС»

УТВЕРЖДЕНО

Решением Совета директоров
АО «СК «Казахмыс»
Протокол № 13
«13» 02 2023 г.

Система менеджмента качества ПС-120-24		Редакция 08
ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ АКЦИОНЕРНОГО ОБЩЕСТВА «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «КАЗАХМЫС»		
Разработано: <i>Начальник Управления андеррайтинга – Полянская Марина</i>		
Согласовано:		
Дата	Время	Ход исполнения
31.01.2023	12:38:46	Полянская М.В. > На согласование
31.01.2023	15:19:43	Белобродская А.С. > Согласен
31.01.2023	16:30:49	Мухамедов И.Х. > Согласен
01.02.2023	09:23:56	Естаев Т.Б. > Согласен (Согласен)
03.02.2023	10:39:37	Кембаева А. > Согласен (согласовано)
03.02.2023	10:56:40	Сванкулова Е. > Готово (согласовано)
03.02.2023	11:16:59	Джангалиева А.А. > Подписать
Оригинал выпущен:		
<i>Начальник Управления андеррайтинга</i> 		<i>М. Полянская</i>
<i>Представитель руководства по качеству</i> 		<i>А. Белобродская</i>

г. Алматы

СОДЕРЖАНИЕ

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2.	НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
3.	ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	3
4.	ПЕРЕЧЕНЬ ОБЪЕКТОВ СТРАХОВАНИЯ	5
5.	ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ СУММ	5
6.	ЗАСТРАХОВАННЫЕ	6
7.	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ	7
8.	МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ	7
9.	ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ	9
10.	ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ ...	10
11.	СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	14
12.	ПОРЯДОК И ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	15
13.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	15
14.	ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	18
15.	ДЕЙСТВИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ / ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ	18
16.	ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ. СРОК УВЕДОМЛЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ ИЛИ ЗАСТРАХОВАННОГО О НЕДОСТАЮЩИХ ДОКУМЕНТАХ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	19
17.	ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ.	19
18.	СРОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ ИЛИ ОТКАЗЕ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	20
19.	ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ	21
20.	УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	23
21.	ФОРС-МАЖОР	24
22.	АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА	25
23.	ПРЕИМУЩЕСТВО ДОКУМЕНТОВ	26
24.	ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	26
25.	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ	26

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Настоящие Правила добровольного страхования на случай болезни акционерного общества «Страховая компания «Казахмыс» (далее – правила страхования) определяют порядок и условия осуществления добровольного страхования на случай болезни.
- 1.2. В соответствии с настоящими правилами страхования акционерное общество «Страховая компания «Казахмыс» заключает договоры добровольного страхования на случай болезни (далее – договор страхования).

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

- 2.1. Настоящие правила страхования разработаны в соответствии:
 - Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности»;
 - Гражданским кодексом Республики Казахстан;

3. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Административные расходы	расходы Страховщика по ведению и администрированию договора страхования.
Амбулаторное лечение	лечение Застрахованных, включая медицинские услуги семейного врача и медицинских организаций в случаях, не требующих стационарного лечения.
Ассистанская компания	юридическое лицо, которое организывает и предоставляет для Застрахованного медицинскую помощь в соответствии с договором страхования и имеет лицензию на право осуществления соответствующей деятельности.
Врач–специалист	врач узкого профиля, имеющий высшее медицинское образование, осуществляющий оказание медицинских услуг Застрахованным на основании государственной лицензии или на основании трудового договора с медицинской организацией либо с Ассистанской компанией.
Выгодоприобретатель	лицо, которое в соответствии с договором страхования является получателем страховой выплаты.
Договор страхования	документ, регламентирующий отношения между Страховщиком и Страхователем.
Заболевание	любое поддающееся обнаружению негативное изменение в состоянии здоровья Застрахованного в течение действия договора страхования с учетом определений и исключений, предусмотренных договором страхования и соответствующей программой страхования Застрахованного.
Застрахованный	физическое лицо, в отношении которого действует договор страхования и которому Ассистанская компания при наступлении страхового случая обязана организовать оказание медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования.
Основной застрахованный	лицо, являющееся работником Страхователя – юридического лица или являющееся Страхователем (физическое лицо).

Застрахованные члены семьи	прямые родственники Застрахованного: супруг (супруга), дети, родители, полнородные и неполнородные братья и сестры.
Медицинская услуга	услуги по организации предоставления медицинских услуг, предоставлению медицинских услуг или продаже фармацевтических препаратов Застрахованному поставщиками медицинских услуг в связи с заболеванием.
Поставщики медицинских услуг	физические и (или) юридические лица, имеющие соответствующие лицензии на оказание медицинских услуг или продажу фармацевтических препаратов в Республике Казахстан.
Медицинская сеть	список медицинских организаций, врачей и аптек, по предоставленным услугам которых Страховщик производит страховые выплаты, согласно условиям договора страхования.
Покрываемые расходы	расходы по оплате медикаментов и медицинских услуг, назначенных Застрахованному в соответствии с условиями договора страхования.
Программа страхования	перечень медицинских услуг, по которым, в соответствии с условиями договора страхования, осуществляются страховые выплаты.
Семейный врач	лицо, состоящее в трудовых отношениях с Ассистанской компанией или медицинской организацией и осуществляющее регулирование процедуры оказания Застрахованным медицинских услуг, установленных договором страхования, либо непосредственно оказывающее медицинские услуги Застрахованным.
Страхователь	юридическое или физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.
Страховая выплата	сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы, определенной соответствующей программой страхования Застрахованного при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия договора страхования.
Медицинская пластиковая карточка	информационная карточка, выдаваемая Страховщиком или Ассистанской компанией Застрахованному в соответствии с договором страхования, на которой указан идентификационный номер, фамилия, имя и отчество Застрахованного, даты начала и окончания страховой защиты, а также телефоны call-центра Страховщика/Ассистанской компании. Медицинская пластиковая карточка подтверждает право Застрахованного лица на получение медицинского обслуживания со стороны поставщиков медицинских услуг и/или возмещение медицинских расходов в соответствии с программой страхования Застрахованного. Медицинская пластиковая карточка действительна только при предъявлении удостоверения личности Застрахованного.

Страховая сумма (лимит ответственности)	предельный объем ответственности Страховщика по договору страхования при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия договора страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком отдельно для каждого Застрахованного (или семьи Застрахованных по одной программе страхования) в соответствии с выбранной программой страхования.
Страховая сумма по видам медицинского обслуживания	предельный объем ответственности Страховщика по отдельным видам медицинских услуг в соответствии с выбранной программой страхования.
Страховщик	юридическое лицо, получившее лицензию на право осуществления страховой деятельности на территории Республики Казахстан в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, и обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату выгодоприобретателю в пределах определенной договором страхования страховой суммы (лимита). По настоящим правилам страхования под Страховщиком понимается акционерное общество «Страховая компания «Казахмыс».
Территория страхования	территория, на которую распространяется страховая защита Страховщика по договору страхования.
Участники медицинской сети	Ассистанская компания, медицинские организации, врачи и аптеки, которые оказывают услуги Застрахованным и/или заключили со Страховщиком соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и (или) медикаментов Застрахованным.

4. ПЕРЕЧЕНЬ ОБЪЕКТОВ СТРАХОВАНИЯ

- 4.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Застрахованного лица (Застрахованного), связанные с риском возникновения расходов в связи с заболеванием и иным расстройством здоровья.

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ СУММ

- 5.1. В Договоре страхования устанавливается общая страховая сумма, при этом может быть установлена страховая сумма как единый лимит по договору страхования, так и по отдельным видам услуг и/или заболеваниям, как для каждого Застрахованного, так и в целом для Страхователя, в соответствии с условиями договора страхования и выбранной программы страхования.
- 5.2. В течение срока договора страхования страховая сумма по соглашению Сторон может быть изменена путем заключения дополнительного соглашения к договору страхования.
- 5.3. Страховая сумма на одного основного Застрахованного устанавливается в соответствии с выбранной программой страхования, все Застрахованные члены семьи получают услуги в пределах определенной страховой суммы.

6. ЗАСТРАХОВАННЫЕ

- 6.1. Застрахованными могут быть лица в возрасте от 1 года до 65 лет. Застрахованные члены семьи: супруг (супруга), дети, родители, полнородные и неполнородные братья и сестры.
- 6.2. На страхование не принимаются лица, которые на момент заключения договора страхования имеют нижеперечисленные заболевания, а в случае выявления такого заболевания оплата лечения производится самим Застрахованным, при этом Застрахованный исключается из списка Застрахованных:
- 1) являются инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства;
 - 2) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных и кожно- венерологических диспансерах;
 - 3) госпитализированы на момент заключения договора страхования по любому заболеванию;
 - 4) имеют на дату заключения договора страхования, следующие заболевания:
 - а) профессиональные заболевания;
 - б) радиационные, УВЧ и СВЧ поражения;
 - в) заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардит Абрамова-Фидлера, ардиомиопатии, сердечно-сосудистые заболевания с НК ПБ-III;
 - г) заболевания крови: гемобластозы, апластические и гипопластические анемии;
 - д) заболевания эндокринной системы: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, врожденный гипотиреоз, гипопизарный нанизм;
 - е) ревматические болезни: ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); синдром Шегрена, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца (пороки, которые приводят к недостаточности кровообращения НК ПБ-III); ревматоидный артрит с нарушением функции суставов II, III степени; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит;
 - ж) заболевания почек: амилоидоз, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II – III степени;
 - з) заболевания дыхательной системы: синдром Гудпасчера;
 - и) наследственные заболевания, врожденные пороки развития,
 - к) заболевания Центральной нервной Системы: последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия;
 - л) ВИЧ-инфицированные (СПИД);
 - м) злокачественные, в том числе онкогематологические новообразования.
- 6.3. Расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 6.2 настоящих правил страхования, не покрываются Страховщиком.
- 6.4. При выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии у Застрахованного ранее диагностированных заболеваний, указанных в пункте 6.2. настоящих правил страхования на момент заключения договора страхования, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть договор страхования, заключенный в отношении таких лиц.
- 6.5. В случае если при амбулаторно-поликлиническом обследовании у Застрахованного впервые диагностируется заболевание, указанное в пункте 6.2. настоящих правил страхования, то Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным при лечении данного заболевания только до момента постановки диагноза, при этом дальнейшие расходы по лечению заболевания, указанного в п.6.2 настоящих правил страхования, а также сопутствующих заболеваний, находящихся в причинно-следственной связи с таким заболеванием, Страховщиком не покрываются.

- 6.6. В случае если при стационарном лечении у Застрахованного впервые диагностируется заболевание, указанное в пункте 6.2. настоящих правил страхования, то Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным при лечении данного заболевания только до момента постановки диагноза, при этом дальнейшее пребывание и лечение в стационаре оплачивается самостоятельно Застрахованным.
- 6.7. Договор страхования в отношении таких Застрахованных расторгается или продолжает свое действие по усмотрению сторон.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

- 7.1. Страховая премия – сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Страхователю (выгодоприобретателю) в размере, определенном договором страхования.
- 7.2. Полученные Страховщиком от Страхователя страховые премии принадлежат ему на праве собственности.
- 7.3. Страховой взнос – часть страховой премии, уплачиваемая Страхователем в рассрочку в виде периодических платежей.
- 7.4. Размер страховой премии на одного основного Застрахованного и каждого члена семьи определяется в соответствии с программой страхования.
- 7.5. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременным платежом за весь срок страхования при заключении договора страхования или в рассрочку. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.
- 7.6. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса) в сроки, оговоренные условиями Договора, Страховщик имеет право, если иное не предусмотрено Договором:
- 1) расторгнуть Договор в одностороннем порядке путем направления уведомления на имеющиеся электронные адреса Страхователя не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты расторжения;
 - 2) отказать в осуществлении страховой -выплаты, если событие, имеющие признаки страхового случая наступило до уплаты страховой премии (очередного страхового взноса), внесение которой просрочено;
 - 3) при определении размера страховой выплаты зачесть сумму просроченного страхового взноса.
- 7.7. Страховая премия может быть уплачена Страхователем посредством:
- а) безналичных расчетов;
 - б) внесения наличных денег в кассу Страховщика.
- 7.8. В случае изменения количества Застрахованных, перерасчет страховой премии производится путем подписания сторонами дополнительного соглашения, которое будет являться неотъемлемой частью договора страхования. Страховая премия по дополнительному соглашению уплачивается страхователем в соответствии с п. 7.5. настоящих правил страхования в сроки, оговоренные сторонами.

8. МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ

- 8.1. Медицинские показания - объективные причины и условия для получения медицинских услуг.
- 8.2. Медицинские услуги и медикаменты считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и/или лечения заболевания Застрахованного.
- 8.3. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты:

- 1) не являются необходимыми для диагностики и/или лечения заболевания в соответствии с действующими стандартами и протоколами диагностики и/или лечения такого заболевания;
 - 2) назначены в объеме (по интенсивности, количеству или длительности) большем, чем это требуется для проведения диагностики и/или лечения заболевания в соответствии с действующими стандартами и протоколами;
 - 3) назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ.
- 8.4. Экстренные медицинские показания – состояния, при которых медицинская помощь должна быть оказана незамедлительно и отказ или промедление в оказании медицинской помощи может привести к развитию тяжелых и/или необратимых негативных изменений в состоянии здоровья Застрахованного вплоть до летального исхода. Экстренными медицинскими показаниями (состояниями) являются:
- 1) острая боль (боли в животе, боли в области сердца);
 - 2) гипертермия выше 38С;
 - 3) абсцессы, панариции, др. гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;
 - 4) бессознательное состояние;
 - 5) наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;
 - 6) ожоги и обморожения;
 - 7) травмы;
 - 8) отравления;
 - 9) острые аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса, крапивница);
 - 10) судороги;
 - 11) острые хирургические состояния;
 - 12) острая почечная недостаточность;
 - 13) острая печеночная недостаточность;
 - 14) острая церебральная недостаточность;
 - 15) острая дыхательная недостаточность;
 - 16) острая сердечно-сосудистая недостаточность;
 - 17) острый инфаркт миокарда;
 - 18) гипертонический криз; осложненный гипертонический криз, при котором диагностируются следующие состояния при повышенном артериальном давлении:
 - а) острая гипертоническая энцефалопатия;
 - б) острое нарушение мозгового кровообращения;
 - в) острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких);
 - г) острый коронарный синдром (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия);
 - д) расслаивающая аневризма аорты;
 - е) тяжелое артериальное кровотечение;
 - ж) эклампсия;
 - 19) нестабильная стенокардия;
 - 20) шок любой этиологии.
- 8.5. Лечебные показания - медицинские показания, при которых необходимы диагностика и/или лечение заболеваний, не требующих экстренной медицинской помощи (состояния, не перечисленные, как экстренные показания в п.8.4 настоящих правил страхования);
- 8.6. При стационарном лечении заболеваний Страховщик покрывает расходы на диагностику и/или лечение, пребывание в стационаре, связанные только с заболеванием, послужившим причиной госпитализации или его последствиями. Страховщик не по-

крывает расходы, связанные с диагностикой других заболеваний и лечением сопутствующих или дополнительно выявленных заболеваний, а также дополнительные расходы за размещение в палатах повышенной комфортности.

9. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ

- 9.1. Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в Ассистанскую компанию или к поставщикам медицинских услуг за получением медицинской помощи или услуг, предусмотренных программой страхования по направлению семейного врача или в порядке скорой неотложной помощи в связи с заболеванием и/или в связи с предупреждением заболевания, и возникновение подлежащих возмещению Страховщиком затрат на медицинское обслуживание и/или расходов Застрахованного лица по медицинскому обслуживанию.
- 9.2. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг:
- 1) не предусмотренных договором страхования;
 - 2) в медицинские учреждения, не предусмотренные программой страхования, без предварительного согласования со Страховщиком/Ассистанской компанией;
 - 3) в связи с получением травмы, Застрахованным лицом при управлении им любым транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также при передаче им управления лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - 4) в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.
- 9.3. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица за медицинскими услугами, необходимость в получении которых возникла в результате:
- 1) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - 2) аварии на производственных и иных объектах, повлекших массовые поражения;
 - 3) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - 4) гражданской войны, народных волнений всякого рода и забастовок, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных и гражданских властей;
 - 5) природных катастроф (наводнения, пожара, землетрясения и иных стихийных бедствий).
- 9.4. Договор страхования заключается по программе страхования, предусматривающей конкретные условия страхового покрытия, основные признаки страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг или заболеваний. Указанные программы страхования могут предусматривать предоставление Застрахованному лицу следующих видов медицинской помощи:
- а) Амбулаторно-поликлиническая помощь, помощь на дому;
 - б) Стационарная медицинская помощь;
 - в) Скорая медицинская помощь;
 - г) Реабилитационно-восстановительное лечение;

А также покрытие расходов или предоставление услуг, предусмотренных программой страхования.

10. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

10.1. Не являются заболеванием и/или страховым случаем, согласно условиям договора страхования:

1) заболевания, указанные в приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526 «Об утверждении Перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения», а именно:

1. Карантинные инфекции: оспа, полиомиелит (вызванный диким полиовирусом), человеческий грипп (вызванный новым подтипом), тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса, болезнь, вызванная вирусом Марбург, болезнь, вызванная вирусом Эбола, лихорадка Западного Нила, лихорадка Денге, лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт), менингококковая инфекция.

2. Особо опасные инфекции: инфицирование вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, крымская геморрагическая лихорадка, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лепра, бешенство, лептоспироз, листериоз, туберкулез, туляремия, бруцеллез, сибирская язва, ящур.

3. Паразитарные заболевания: эхинококкоз, малярия.

4. Воздушно-капельные инфекции: дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, носительство возбудителей дифтерии, врожденная краснушная инфекция (Синдром врожденной краснухи), гемофильная инфекция, столбняк.

5. Острые инфекционные заболевания: острые вирусные гепатиты, брюшной тиф и паратифы А, В, С, сальмонеллезы, дизентерия, иерсиниоз, риккетсиозы, клещевой вирусный энцефалит.

2) заболевания, указанные в Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 сентября 2020 года № ҚР ДСМ-108/2020 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний»:

Туберкулез

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени

Злокачественные новообразования

Сахарный диабет

Психические, поведенческие расстройства (заболевания)

Детский церебральный паралич

Острый инфаркт миокарда (первые 6 месяцев)

Ревматизм

Системные поражения соединительной ткани

Дегенеративные болезни нервной системы

Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы

Орфанные заболевания.

3) онкогематологические заболевания;

4) травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы, эпилепсия;

5) наркологические заболевания (наркомания, токсикомания, алкоголизм);

6) фенилкетонурия; муковисцидоз; врожденный ихтиоз;

7) бронхиальная астма;

8) паразитарные и инфекционные заболевания (гельминтозы): аскаридоз, лямблиоз, анкилостомидоз, описторхоз, цестодозы, демодекозы, чесотка и т.д.;

9) доброкачественные новообразования, в том числе кисты, полипы, папилломы, миомы, кондиломы, и т.д. и гиперпластические процессы (аденоидные разрастания,

- эрозия шейки матки, в том числе псевдоэрозия, лейкоплакия, эндометриоз и т.д.), в том числе определение онкомаркёров;
- 10) хронические кожные заболевания: микозы, псориаз, нейродермит атопический дерматит, алопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая болезнь, а также любые виды/формы лишая, независимо от нозологии;
 - 11) микозы, кроме профилактики микозов при антибиотикотерапии, а также слизистых оболочек полости рта, ЛОР–органов, легочного микоза, кандидоза ЖКТ;
 - 12) Диагностика и лечение заболеваний, передающихся половым путем (ЗПП) (ИФА, ПЦР и РИФ), в том числе: гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, гарднереллез, кандидозы и др.;
 - 13) заболевания кишечника: болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, дисбактериозы, целиакия, хронический энтерит и др.;
 - 14) диагностика и лечение заболеваний костно-мышечной системы (сколиозы, кифозы, лордозы, плоскостопие и т.д.);
 - 15) стационарное лечение остеохондрозов, за исключением стационарного лечения по экстренным хирургическим показаниям;
 - 16) глазные болезни: миопия, астигматизм, гиперметропия, катаракта, глаукома, ретинопатии, спазм аккомодации, птеригиум, отдаленные последствия травмы глаза в виде отслойки сетчатки, услуги по массажу век и биостимуляции глазного яблока. Расходы, связанные с хирургической коррекцией зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции, связанные с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
 - 17) медицинские расходы, связанные с пластическими реконструктивными (восстановительными) операциями; косметологическое лечение и другие виды лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, включая ринопластику с косметической и лечебной целями; медицинские расходы, связанные с коррекцией веса и фигуры; расходы, связанные с хирургическим изменением пола, и т.д.;
 - 18) диагностика и лечение расстройства питания и нарушения обмена веществ: ожирение, мочекислый диатез, подагра, дистрофия и т.д.;
 - 19) диагностика и лечение эндокринных заболеваний: заболевания щитовидной железы, в том числе гипотиреоз, гипертиреоз, эндемический зоб и их последствия (за исключением первичной консультации эндокринолога и однократных исследований до постановки диагноза); синдром нарушения толерантности к глюкозе, типа, несахарный диабет, Аддисонова болезнь, хронический гипокортицизм;
 - 20) заболевания, относящиеся к ревматическим болезням: узелковый периартериит, системная склеродермия, болезнь Бехтерева, болезнь Шагрена, полиостеоартроз, спондилез, ревматоидный артрит; полиартрит, ДОА (деформирующий остеоартроз) ревматизм, системный васкулит, микрокристаллический артрит (например, подагра) и прочих заболеваний, относящихся к ревматическим согласно рабочей классификации ревматических болезней Всемирной Организации Здравоохранения;
 - 21) заболевания костной системы (остеопороз, пяточная шпора, дисплазии хронические остеомиелиты и т.д.);
 - 22) аутоиммунные заболевания (АИТ (зоб), АИГ (гепатит), АИ заболевания крови и т.д.);
 - 23) заболевания мочеполовой системы: поликистоз почек и яичников; хронический гломерулонефрит, ХПН 2-3 стадии, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения;

- 24) диагностика и лечение простатитов (за исключением первичной консультации уролога и необходимых минимальных исследований до постановки диагноза), аденома предстательной железы, урологический массаж;
- 25) диагностика и лечение бесплодия, нарушений менструального цикла, нарушений потенции, климакса, все методы контрацепции; медицинские расходы, связанные с генетическими исследованиями и(или) другими услугами по планированию семьи;
- 26) хронические заболевания дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;
- 27) хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии;
- 28) заболевания печени: цирроз печени, хронические гепатиты любой этиологии, стеатогепатоз;
- 29) хроническая почечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность и хроническая печеночная недостаточность, и другие заболевания органов и тканей, требующих проведение гемодиализа так же других экстракорпоральных методов лечения: плазмафереза и гемосорбции, УФО крови, лазерное облучение крови (ВЛОК);
- 30) заболевания центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствия;
- 31) хронические заболевания сосудов: варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, варикозное расширение вен прямой кишки- требующее хирургического лечения; аневризма, болезнь Такаюсу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующий эндоартериит, облитерирующий атеросклероз синдром Вегенера, болезнь Рейно;
- 32) медицинские расходы, связанные с лечением хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения);
- 33) заболевания и их последствия, возникшие до начала периода страхования;
- 34) диагностика и лечение видимой наследственной патологии (карликовость, ускоренное половое созревание), наследственных, генных, хромосомных заболеваний и врожденных и приобретенных пороков развития;
- 35) медицинские расходы, связанные с диагностикой на аппарате Юникап и лечение аллергических хронических заболеваний вне стадии обострения, аллергодиагностика, в том числе PrimeTest, лечение аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;
- 36) терапевтические методы, используемые в периоде ремиссии респираторных аллергозов (напр., специфическая гипосенсибилизация, гистаминотерапия и методы вегетотропной терапии);
- 37) использование фармакопрепаратов, амбулаторное и стационарное лечение, иммунограмма, ИФА диагностика, физиотерапевтические процедуры в периоде клинико-лабораторной ремиссии аллергических заболеваний;
- 38) методы диагностики и лечения: иридодиагностика, аурикулодиагностика, водные процедуры, сухая и подводная вытяжки, грязелечение, аутогемотерапия, гипербарическая оксигенация (ГБО), вакуумная терапия, мануальная терапия, иглотерапия, рефлексотерапия, траволечение, лечение в барокамере, флоттинг - ванны, трудотерапия, гирудотерапия, исследование по Фоллю, ИФС, биорезонансная терапия, игло-рефлексотерапия, УВТ и т.д., гомеопатия, кишечное орошение, жемчужные ванны, радиоволновая терапия;
- 39) массаж, не назначенный по медицинским показаниями в связи с заболеванием или проводимый в один курс более чем для одной зоны;
- 40) возрастные дегенеративные изменения организма;

- 41) подбор, приобретение и ремонт корригирующей техники (очки, линзы, протезно-ортопедические изделия, слуховые аппараты и т.д.);
- 42) заболевания органов и тканей, требующих их трансплантации или имплантации, или протезирования, в том числе эндопротезирование, реконструктивные операции, операции по пересадке органов и тканей, а также последствия таких операций;
- 43) медицинские расходы, связанные с проведением коронароангиографии; а также хирургическими вмешательствами на сердце (аортокоронарное шунтирование, стентирование, установка ИВР и т.д.);
- 44) консультации и все методы лабораторно-инструментальных обследований, связанные с ведением беременности и родовспоможением;
- 45) расходы, связанные с проведением стерилизации, связанные с прерыванием беременности (медицинские и медикаментозные аборты), за исключением случаев, прямо угрожающих жизни Застрахованного. Последствия и осложнения таких манипуляций;
- 46) патронаж ребенка до 1 (одного) года жизни;
- 47) выдача листов нетрудоспособности по уходу за ребенком, если родитель, которому выдается листок нетрудоспособности и/или ребенок не являются застрахованным;
- 48) медицинские расходы, связанные с диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ в целях определения уровня половых гормонов крови, отвечающих за репродуктивную функцию;
- 49) медицинские расходы, связанные с диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ);
- 50) стоматологические расходы по протезированию, подготовке к ортопедии, стоматологические вкладыши при лечении кариеса, косметологии (отбеливание, чистка и снятие зубных отложений), ортодонтии;
- 51) медицинские расходы, связанные с услугами психолога и психотерапевта;
- 52) профессиональные заболевания (заболевания, возникшие в результате воздействия на организм неблагоприятных факторов производственной среды)
- 53) заболевания либо несчастные случаи, являющиеся результатом военных действий или непосредственного участия, Застрахованного в общественных беспорядках, забастовках, народных волнениях различного рода, стихийных бедствий;
- 54) травма, заболевание, ухудшение состояния здоровья, являющиеся последствием алкогольного или наркотического, психотропного опьянения, за исключением употребления лекарственных препаратов с высокой и средней концентрацией алкоголя или наркотических средств и психотропных веществ по предписанию врача;
- 55) умышленное причинение телесных повреждений, в том числе покушение на самоубийство;
- 56) заболевания или травмы, являющиеся результатом занятия профессиональным или любительским спортом, в том числе занятие альпинизмом, спелеологией, участие в скачках, автогонках, управлении летательного аппарата, участие в различного рода испытаниях;
- 57) острая и хроническая лучевая болезнь;
- 58) медицинские расходы, связанные с прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием) для поступления на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения, на работу или воинскую службу, для участия в спортивных мероприятиях, для получения разрешения на въезд в другое государство, для получения разрешения на управление транспортным средством, ношение оружия, для получения отсрочки или освобождения от воинской службы, для получения справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, мероприятий;
- 59) расходы по заболеваниям с профилактическим и плановым лечением;
- 60) приобретение медицинских изделий для профилактических, лечебных показаний (маски, ингаляторы, градусники, бинты, вата, лейкопластырь, клизмы, скотч-касты

и т.д.), а также приобретение не медикаментозных средств медицинского назначения (исключения шприцы, системы, венозные катетеры, гипс);

- 61) размещение Застрахованного при стационарном лечении в одноместных палатах, в том числе в палатах повышенной комфортности (люкс, ВИП и т.д.);
- 62) диагностика вирусных гепатитов и ВИЧ, необходимых при госпитализации на стационарное лечение;
- 63) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан.

10.2. Не включаются в страховое покрытие (не является страховым случаем) приобретение следующих медицинских препаратов:

- 3) контрацептивные препараты (кроме тех случаев, когда назначаются по лечебным показаниям);
- 4) поливитамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения);
- 5) противотуберкулезные препараты при лечении туберкулеза (кроме тех случаев, когда антибиотики применяются при аллергии на все другие группы антибиотиков);
- 6) биологические активные добавки (БАДы);
- 7) гомеопатические препараты;
- 8) анорексантные средства;
- 9) косметические и гигиенические средства;
- 10) биологические стимуляторы;
- 11) энзимы (кроме пищеварительных ферментов);
- 12) антидепрессанты.

10.3. Если заболевания, указанные в пункте 10.1. настоящих правил страхования, впервые диагностируются в период действия договора страхования, Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным по данному заболеванию, только до момента постановки диагноза, за исключением заболеваний, где диагностика является исключением. Договор страхования в отношении таких Застрахованных продолжает свое действие. При этом дальнейшие расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 10.1. настоящих правил страхования, не подлежат компенсации Страховщиком.

10.4. Программой/Договором страхования, разрабатываемыми Страховщиком, может быть предусмотрено включение в страховое покрытие оказание медицинских услуг, лечение отдельных видов заболеваний, предоставление отдельных лекарственных средств, указанных в пп. 10.1. и 10.2. настоящих Правил в качестве исключений из страхования.

11. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования заключается на срок, указанный в договоре страхования, с действием на территории Республики Казахстан. Если в программу страхования включена медицинская помощь за рубежом по экстренным показаниям, договор страхования распространяет свое действие на страховые случаи произошедшие за рубежом с указанием страны пребывания.

11.2. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для сторон с даты, указанной в Договоре страхования.

11.3. Если иное не установлено договором страхования, период действия страховой защиты совпадает со сроком действия договора страхования.

11.4. Место действия договора страхования (территория страхования) распространяется исключительно на территорию, указанную в договоре страхования.

12. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 12.1. Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление-анкета Страхователя.
- 12.2. Договор страхования не может быть заключен при отсутствии ответов Страхователя на вопросы, указанные в заявлении-анкете Страховщика, в отношении существенных обстоятельств.
- 12.3. Существенные обстоятельства в зависимости от условий договора страхования и программ страхования определены Страховщиком и указаны в заявлении-анкете, предоставляемой Страхователем при заключении договора страхования;
Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, последний не может впоследствии требовать расторжения договора страхования либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.
- 12.4. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан, а также требованиям, предъявляемым к договору страхования.
- 12.5. Общие условия договора страхования могут быть изменены, дополнены или исключены в соответствии с программами страхования. Программы страхования являются приоритетными по отношению к общим условиям договора страхования.
- 12.6. При наличии более одного Застрахованного Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью. Застрахованное может быть заменено Страхователем с согласия Страховщика. До момента получения Страховщиком указанных изменений, заключенный договор страхования сохраняет силу в отношении Застрахованных, указанных в ранее представленных списках.
- 12.7. По запросу Страховщика Страхователь/Застрахованный заполняет медицинскую анкету установленной формы и несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений при медицинском анкетировании.
- 12.8. В течение 7 (семи) рабочих дней после уплаты страховой премии (страхового взноса), при условии представления списка Застрахованных лиц, Страхователю передаются медицинские пластиковые карточки (по количеству Застрахованных).
- 12.9. Страховщик вправе самостоятельно (лично или через Страхователя) вручить вышеуказанные документы Застрахованным.

13. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

13.1. Страхователь (Застрахованный) имеет право:

- 1) получать разъяснения о правилах страхования, условиях договора страхования и о программах страхования, а также о порядке предоставления медицинского обслуживания и о поставщиках медицинских услуг;
- 2) получать медицинское обслуживание, предусмотренное договором страхования и соответствующей программой страхования, оплаченное Страховщиком, или возмещение расходов на медицинское обслуживание, полученное в соответствии с договором страхования и соответствующей программой страхования;
- 3) обращаться к Страховщику/в Ассистанскую компанию для организации медицинского обслуживания в случае заболевания;
- 4) обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить страховую выплату;
- 5) досрочно расторгнуть договор страхования в установленном законодательством Республики Казахстан порядке (исключительное право Страхователя);
- 6) осуществлять контроль над выполнением условий договора страхования;
- 7) осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан и договором страхования.

13.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

- 1) при заключении договора страхования сообщить Страховщику (путем предоставления ответов на вопросы, указанные в заявлении-анкете), все известные Страхователю (Застрахованному) обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.
- 2) незамедлительно, но в любом случае не позднее 3 (трех) рабочих дней, сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска в период действия договора страхования. Значительными признаются любые изменения в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования;
- 3) сообщать о других договорах страхования, действующих в отношении объекта страхования в период действия договора страхования;
- 4) уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;
- 5) при наступлении страхового случая уведомить Страховщика/Ассистанскую компанию в порядке, предусмотренном п. 15.1. настоящих правил страхования;
- 6) соблюдать условия договора страхования, назначения и предписания лечащего врача, полученные в ходе лечения заболевания, а также режим и распорядок стационара в случае госпитализации. Невыполнение этого требования может служить основанием для отказа в страховой выплате по страховым случаям, явившимся следствием доказанного нарушения таких назначений и предписаний, режима и распорядка;
- 7) заботиться о сохранности медицинской пластиковой карточки, и не передавать ее другим лицам с целью получения такими лицами медицинского обслуживания; при утере медицинской пластиковой карточки незамедлительно после обнаружения этого факта известить Страховщика и/или Ассистанскую компанию;
- 8) при утере медицинской пластиковой карточки или указании некорректной информации Страхователем при заполнении списка Застрахованных лиц, оплатить определенную договором страхования сумму, в счет возмещения затрат Страховщика на повторный выпуск медицинской пластиковой карточки;
- 9) при откреплении Застрахованных уведомить Страховщика о прекращении страхования в отношении основного Застрахованного и Застрахованных членов семьи не позднее, чем в течение 5 (пяти) рабочих дней до даты открепления таких Застрахованных, при этом Страхователь обязан изъять медицинские пластиковые карты у открепляемых Застрахованных и вернуть их Страховщику в течение 3 (трех) рабочих дней. В случае несвоевременного предоставления вышеуказанной информации Страхователь обязан возместить Страховщику расходы по медицинскому обслуживанию открепленных Застрахованных, произведенные в период после увольнения основного Застрахованного и до даты уведомления Страховщика;
- 10) осуществлять сбор и предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка, за свой счет;
- 11) предпринимать все возможные и целесообразные меры для предотвращения или уменьшения убытков от страхового случая.

13.3. Страховщик имеет право:

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

- 2) запрашивать историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном, в том числе информацию о состоянии здоровья Застрахованного;
- 3) направлять запросы соответствующим поставщикам медицинских услуг и иные компетентные организации по факту страхового случая;
- 4) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;
- 5) требовать от Страхователя (Застрахованного) заполнить анкету Страховщика о состоянии здоровья и/или направить Застрахованного для прохождения медицинского обследования для оценки фактического состояния его здоровья. В случае обнаружения предоставления недостоверной информации в анкете или отказа Застрахованного пройти медицинское обследование, Страховщик имеет право прекратить или ограничить действие страхового покрытия в отношении такого Застрахованного;
- 6) требовать от Страхователя (Застрахованного) информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства его возникновения, а также прохождения независимой медицинской экспертизы (за счет Страховщика) для подтверждения возмещаемых расходов;
- 7) отказать в страховой выплате, если Застрахованный не предоставил документы, подтверждающие получение медицинского обслуживания, отказалось от прохождения медицинской экспертизы, либо в других случаях необоснованных требований;
- 8) при расторжении договора страхования – на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, плюс часть страховой премии в счет возмещения расходов на административные расходы;
- 9) требовать внесения изменений в условия договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае, если после подписания договора страхования произошли существенные изменения страхового риска;
- 10) заблокировать действие медицинской пластиковой карточки Застрахованного, в случаях, предусмотренных договором страхования.

13.4. **Страховщик обязан:**

- 1) ознакомить Страхователя (Застрахованного) с условиями страхования;
- 2) осуществить страховую выплату или отказать в страховой выплате в порядке и сроки, предусмотренном в договоре страхования;
- 3) возместить Страхователю (Застрахованному) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
- 4) обеспечить тайну страхования;
- 5) в течение 7 (семи) рабочих дней после уплаты страховой премии, при условии представления списка Застрахованных лиц, выдать Страхователю (Застрахованному) медицинские пластиковые карточки;
- 6) обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;
- 7) по письменному запросу Страхователя, в течение 7 (семи) рабочих дней после получения запроса, предоставлять отчет о произошедших страховых случаях за период с начала действия договора страхования и до даты запроса;
- 8) организовать предоставление Застрахованному медицинского обслуживания, предусмотренного договором страхования и соответствующей программой страхования, с учетом режима работы поставщиков медицинских услуг

- 13.5. Стороны вправе пользоваться иными правами и исполнять иные обязанности, предусмотренные договором страхования и положениями действующего законодательства Республики Казахстан.

14. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 14.1. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.
- 14.2. При выявлении мошеннических действий со стороны Застрахованного лица, Страховщик вправе потребовать исключения такого Застрахованного лица из списка Застрахованных лиц без пересмотра страховой премии по договору страхования.
- 14.3. Страховщик не вправе требовать изменений условий договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

15. ДЕЙСТВИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ / ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 15.1. При возникновении заболевания Застрахованный уведомляет о наступлении страхового случая одним из следующих способов:
 - 1) обращается к в Ассистанскую компанию за организацией медицинского обслуживания, позвонив в CALL-центр Ассистанской компании, телефон которого указан на медицинской пластиковой карточке. Ассистанская компания организует прием семейного врача либо в экстренных случаях направляет семейного или дежурного врача на дом, или рабочее место, либо другое местонахождение Застрахованного в пределах административных границ городов Республики Казахстан;
 - 2) уведомляет Ассистанскую компанию об обращении за медицинским обслуживанием к поставщику медицинских услуг, позвонив в CALL-центр Ассистанской компании. В случае если такое медицинское обслуживание должно быть оплачено Страховщиком/Ассистанской компанией и не было самостоятельно оплачено Застрахованным, такое уведомление должно быть сделано не позднее, чем за 6 часов до времени назначенного приема врача с 9-00 до 17-30 в рабочие дни;
 - 3) в случае экстренного вызова скорой помощи, уведомление о страховом случае должно быть сделано в течение 24 (двадцати четырех) часов со времени приезда скорой помощи. Уведомление может быть сделано Застрахованным, знакомыми/родственниками Застрахованного или врачом скорой помощи по телефону CALL-центра Страховщика/ Ассистанской компании;
 - 4) в случае выезда за рубеж (если такое покрытие предусмотрено соответствующей программой страхования) - письменно (по электронной почте, нарочным, подачей заявления или другим письменным образом), не позднее, чем за 2(два) рабочих дня до выезда уведомляет Страховщика/Ассистанскую компанию с предоставлением следующей информации - срок и страна(ы) поездки, фамилия и имя на английском языке в соответствии с данными паспорта, дата рождения, номер паспорта и ИИН - требуемой для выпуска соответствующей страховой документации и активизации страхового покрытия за рубежом. Порядок получения медицинского обслуживания за рубежом оговаривается в страховом полисе /сертификате выезжающего за рубеж.
- 15.2. В случае если Застрахованный не уведомит Страховщика/Ассистанскую компанию о страховом случае или о выезде за рубеж в порядке, описанном в пункте 15.1. настоящих правил страхования, Страховщик/Ассистанская компания имеет право отказать в страховой выплате или ограничить ее суммой по своему усмотрению.
- 15.3. Медицинское обслуживание, назначенное семейным либо другим врачом в связи с заболеванием Застрахованного (страховым случаем), о котором Страховщик был уведомлен в соответствии с пунктом 15.1 настоящих правил страхования, считается

страховым случаем при условии включения таких услуг в страховое покрытие в соответствии с условиями договора страхования и соответствующей программы страхования Застрахованного. В случае получения медицинских услуг у поставщиков медицинских услуг Страховщик/Ассистанская компания оплачивает стоимость медицинских услуг непосредственно такому поставщику.

- 15.4. В случае получения медицинских услуг вне сети Страховщика/Ассистанской компании, возмещение осуществляется согласно договору страхования или соответствующей программы страхования в пределах от 50% до 100%, при предоставлении документов, подтверждающих наступление страхового случая в соответствии с п. 16.1 настоящих правил страхования на основании заявления Страхователя (Застрахованного) на возмещение затрат Застрахованного (страховых выплат). Заявление должно быть подано не позднее 30 (тридцати) календарных дней после даты получения услуг.

16. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ. СРОК УВЕДОМЛЕНИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ ИЛИ ЗАСТРАХОВАННОГО О НЕДОСТАЮЩИХ ДОКУМЕНТАХ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 16.1. Если иное не оговорено договором страхования, либо договором, заключенным между Страховщиком и Ассистанской компанией, либо договором, заключенным между Страховщиком и поставщиком медицинских услуг к заявлению о страховой выплате, прилагаются:
- 1) копии выписки из истории болезни Застрахованного (амбулаторного или стационарного лечения), заверенные личной печатью врача и медицинского учреждения;
 - 2) копии медицинских заключений лечащих врачей, копии рецептурных бланков, стоматологические заказ-наряды, копии заключений рентгенологов, и другие документы, подтверждающие получение медицинских услуг;
 - 3) оригиналы фискальных чеков и товарных чеков (счетов-фактур, квитанций об оплате) с указанием наименования каждого медицинского препарата, процедур, консультаций врачей, их количества и стоимости.
- 16.2. Для получения возмещения затрат Застрахованного на получение медицинского обслуживания - заявление Страхователя (Застрахованного) с приложением документов, указанных в п.16.1 настоящих правил страхования. За предоставление вышеуказанных документов, их полноту и подлинность ответственность несет Застрахованный. Все указанные документы предоставляются Страхователем/Застрахованным не позднее 30 (тридцати) календарных дней после даты получения услуг.
- 16.3. Дополнительные документы, а также недостающие документы в соответствии с п. 16.1 настоящих правил страхования должны быть запрошены Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения счета от Ассистанской компании, поставщика медицинских услуг или заявления от Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования.

17. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ.

- 17.1. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинского обслуживания, полученного Застрахованным в связи со страховым случаем, и устанавливается на основании документов, перечисленных в пункте 16.1 настоящих правил страхования, согласно программам страхования и договора страхования, если иное не установлено договором страхования.
- 17.2. Страховщик/Ассистанская компания имеет право за свой счет провести экспертизу назначенного Застрахованному объема и качества медицинского обслуживания и назначить дополнительное медицинское обследование для установления состояния

- здоровья Застрахованного и правильности назначенного лечения. Результаты такой экспертизы или дополнительного медицинского обследования могут служить основанием решения Страховщика об осуществлении страховой выплаты или отказе в страховой выплате.
- 17.3. Страховая выплата осуществляется путем оплаты стоимости соответствующего медицинского обслуживания, полученного Застрахованным в связи со страховым случаем, непосредственно уполномоченным поставщикам медицинских услуг или путем возмещения затрат Застрахованного на медицинское обслуживание, полученное в связи со страховым случаем. Страховая выплата может производиться как в наличной, так и в безналичной форме.
- 17.4. Общая сумма страховых выплат и/или сумма страховых выплат по отдельным видам медицинского обслуживания в течение всего периода действия заключенного договора страхования, осуществленных в пользу Застрахованного или Застрахованному, не может превышать общей страховой суммы, установленной программой страхования на Застрахованного и/или страховых сумм по соответствующим видам медицинского обслуживания. В случае если сумма всех страховых выплат и страховых выплат по отдельным видам медицинских услуг превышает страховую сумму по программе страхования и страховые суммы по отдельным видам медицинских услуг, то Страхователь (Застрахованный) обязан возместить сумму такого превышения Страховщику/Ассистанской компании в течение 10 (десяти) рабочих дней. В случае если общая страховая сумма, установленная программой страхования Застрахованного исчерпана, обязательства Страховщика в отношении такого Застрахованного по договору страхования прекращаются. В случае если исчерпана страховая сумма по соответствующему виду медицинского обслуживания, Страховщик прекращает осуществление страховых выплат по такому виду медицинского обслуживания.
- 17.5. В случае неуплаты суммы превышения согласно п. 17.4. настоящих правил страхования, Страховщик/Ассистанская компания вправе заблокировать действие медицинской пластиковой карты Застрахованного до момента полного возмещения суммы превышения.
- 17.6. Страховую выплату по страховым случаям может получить либо сам Застрахованный, по предъявлению удостоверения личности, либо его уполномоченное лицо по предъявлению нотариально заверенной доверенности от Застрахованного с приложением копии удостоверения личности.
- 17.7. Страховщик имеет право запросить другие документы, материалы и информацию у Застрахованного и/или поставщика медицинских услуг, предоставивших медицинское обслуживание, для установления факта наступления страхового события и размера страховой выплаты.
- 18. СРОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ ИЛИ ОТКАЗЕ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.**
- 18.1. Решение об осуществлении страховой выплаты или отказе в ее осуществлении принимается в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 16.1, 16.2 и 17.7 настоящих правил страхования если иное не установлено договором страхования.
- 18.2. Страховщик вправе отказать Страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:
- 1) войны; вторжения; враждебных действий иностранного государства; военных или подобных им операций (независимо от того объявлена война или нет) или гражданской войны;

- 2) мятежа; забастовки; локаутов; гражданских беспорядков, приобретающих размеры или разрастающихся до народного восстания; бунта; гражданских волнений; военного мятежа; революции; военного захвата или узурпации власти; конфискации; реквизиции или национализации имущества; актов терроризма;
 - 3) радиоактивного излучения или загрязнения радиоактивным топливом или радиоактивными отходами от сжигания атомного топлива.
- 18.3. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты являются:
- 1) сообщение Страхователем (Застрахованным) Страховщику и/или Ассистанской компании заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
 - 2) умышленные действия Страхователя (Застрахованного), направленные на наступление страхового случая;
 - 3) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным) Страховщику/Ассистанской компании в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
 - 4) неуведомление или несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая за исключением случаев, когда неуведомление или несвоевременное уведомление обусловлено причинами, не зависящими от воли Страхователя и представлены соответствующие документы, подтверждающие данный факт;
 - 5) когда доказано, что Застрахованный не выполнял назначения и предписания лечащего врача или нарушал определенный лечащим врачом больничный или амбулаторный режим;
 - 6) обращение Застрахованного за медицинским обслуживанием по заболеванию и его последствий, наступивших до начала срока страхования/после окончания срока страхования;
 - 7) обращение Застрахованного в связи с заболеваниями, являющимися исключениями из страхового случая в соответствии с разделом 10 настоящих правил страхования или при нарушении порядка действий Застрахованного при наступлении страхового случая в соответствии с п. 15.1 настоящих правил страхования;
 - 8) референс-исследования, т.е. случаи обращения Застрахованного к более чем двум различным поставщикам медицинских услуг по одному и тому же страховому случаю (заболеванию) и по одному и тому же виду услуг, за исключением, если это обращение рекомендовано семейным врачом, у которого есть сомнения в правильности установленного диагноза.
- 18.4. Страховщик не производит страховую выплату за:
- 1) косвенные коммерческие потери страхователя (застрахованного), неустойку, упущенную выгоду;
 - 2) моральный вред;
 - 3) судебные издержки.

19. ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

- 19.1. Страхователь вправе внести изменение и дополнение в список Застрахованных лиц, при этом:
- 1) в целях дополнения списка Застрахованных (дополнительном прикреплении), должен в письменной форме уведомить Страховщика о внесении дополнений не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до даты начала срока действия страховой защиты в отношении прикрепляемых Застрахованных, но не позднее чем за 45 (сорок пять) дней до даты окончания действия договора страхования;
 - 2) в целях исключения из списка Застрахованных (открепления), должен в письменной форме уведомить Страховщика о внесении изменений не позднее, чем в течение 5

- (пяти) рабочих дней до даты открепления Застрахованных, но не позднее чем за 45 (сорок пять) дней до даты окончания действия договора страхования.
- 19.2. Информацию о прикрепляемых Застрахованных Страхователь декларирует путем передачи списков Страховщику по электронной почте, в соответствии с формой прикрепленных Застрахованных. Информацию об открепляемых Застрахованных Страхователь передает Страховщику по электронной почте в соответствии с формой, списка открепленных Застрахованных. Дополнительное прикрепление членов семьи основного Застрахованного осуществляется в течение 45 (сорока пяти) дней после прикрепления в список Застрахованных лиц основного Застрахованного. Прикрепление членов семьи основного Застрахованного осуществляется на основании подтверждающих документов о степени родства Застрахованных. Замена членов семьи в списках Застрахованных лиц не осуществляется. Прикрепление детей, достигших возраста 1 года, осуществляется в течение 30 дней, со дня исполнения 1 года, не зависимо от срока прикрепления основного Застрахованного, но не позднее чем за 45 (сорок пять) дней до даты окончания действия договора страхования
- 19.3. Для внесения новых Застрахованных, исключения Застрахованных из списка, и/или замены Застрахованного в списке Застрахованных лиц, Страхователь направляет Страховщику уведомление в письменном виде по согласованной форме.
- 19.4. Все изменения и дополнения к договору страхования, в том числе изменения и дополнения в список Застрахованных, оформляются дополнительными соглашениями и подписываются уполномоченными представителями сторон, периодичность и порядок подписания дополнительных соглашений устанавливается договором страхования.
- 19.5. Действие страховой защиты в отношении вновь прикрепленных Застрахованных Страхователя начинается со дня, указанного в дополнительном соглашении. При внесении нового основного Застрахованного в список Застрахованных лиц страховая премия, страховая сумма и предельные объемы ответственности Страховщика по отдельным категориям медицинских услуг (таким, как покрытие медикаментов, амбулаторное лечение и стоматологическая помощь) устанавливаются пропорционально периоду действия страховой защиты. При этом на Застрахованных членов семьи страховая премия выплачивается в полном объеме.
- 19.6. Действие страховой защиты в отношении открепленных Застрахованных Страхователя определяется дополнительным соглашением. Страховщик осуществляет возврат страховой премии по открепленному Застрахованному только в случае, если такой Застрахованный является работником Страхователя и, если такой работник и/или прикрепленные к нему члены его семьи не воспользовались медицинским обслуживанием. В этом случае страховая премия подлежит возврату за не истекший период страховой защиты пропорционально периоду страховой защиты, установленной договором страхования, возврат дополнительной страховой премии по прикрепленным членам семьи не осуществляется. В случае если открепленный Застрахованный работник или прикрепленные к нему члены семьи обращались за медицинским обслуживанием, страховая премия остается у Страховщика в полном объеме. Страхователь имеет право прикрепить нового Застрахованного взамен открепленного Застрахованного до конца периода действия страховой защиты. Такая замена производится только в случае, если открепленный основной Застрахованный и/или прикрепленные к нему члены его семьи не воспользовались Медицинским обслуживанием. В случае замены Застрахованного доплата страховой премии осуществляется только за членов семьи в случае, если предусмотрено платное прикрепление членов семьи. Договором страхования может быть предусмотрено, что если открепленный работник, пользовался медицинским обслуживанием, то вновь прикрепленный может быть принят без доплаты, на остаток лимита.

- 19.7. Страховщик имеет право открепить Застрахованного (работника Страхователя или члена семьи) по собственной инициативе в случае, если у Застрахованного выявлены заболевания, указанные в п. 6.2. настоящих правил страхования, или в соответствии с обстоятельствами, указанными в пункте 1 статьи 841 Гражданского кодекса Республики Казахстан.
- 19.8. Действие страховой защиты в отношении Застрахованных прекращается в случаях:
- а) смерти Застрахованного;
 - б) установления факта передачи Застрахованным медицинской пластиковой карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по договору страхования.
- 19.9. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Застрахованным данных. В случае если будет установлено, что Застрахованный сообщил о себе недостоверные данные, имеющие существенное значение для оценки степени страхового риска, Страховщик может предложить доплатить страховую премию, либо исключить Застрахованного (работника Страхователя или члена семьи) из списка Застрахованных.
- 19.10. Ответственность за предоставленную информацию о Застрахованных несет Страхователь.

20. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 20.1. Договор страхования прекращает свое действие в следующих случаях:
- 1) истечения срока действия Договора страхования;
 - 2) досрочного прекращения Договора страхования;
 - 3) осуществления страховой выплаты в размере полной страховой суммы с учетом применения условия о франшизе.
- 20.2. Помимо общих оснований прекращения обязательств, предусмотренных Гражданским Кодексом, Договор страхования прекращается досрочно в случаях:
- 1) когда перестал существовать объект страхования;
 - 2) смерти застрахованного, не являющегося Страхователем, когда не произошла его замена;
 - 3) когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
 - 4) вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации (о принудительном прекращении деятельности) Страховщика;
 - 5) изменения условий и сведений, включенных в страховой полис, оформленный Страховщиком в порядке, предусмотренном законодательными актами Республики Казахстан (в случае оформления Договора страхования путем выдачи страхового полиса).

В указанных случаях Договор страхования считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для прекращения Договора, о чем заинтересованная сторона должна незамедлительно уведомить другую.

- 20.3. Договор страхования может быть досрочно прекращен по инициативе или соглашению Сторон. Сторона, инициирующая досрочное прекращение Договора страхования, уведомляет другую сторону не позднее чем за 15 (пятнадцать) календарных дней до даты планируемого прекращения, если Договором страхования или Соглашением Сторон не предусмотрено иное. Условия досрочного прекращения по инициативе или соглашению Сторон определяются Договором страхования.
- 20.4. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, предусмотренным в пункте 20.2. настоящей Главы, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование,

- а также вправе удержать издержки, связанные с расторжением Договора страхования, не превышающие 35% от суммы полученной страховой премии, если условиями Договора страхования не оговорено иное.
- 20.5. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если иное не предусмотрено законами Республики Казахстан и Договором страхования.
- 20.6. При отказе Страхователя от Договора страхования (расторжение по инициативе Страхователя), если это не связано с обстоятельствами, указанными в п.20.2. настоящей Главы) Страховщик вправе (за исключением случаев, указанных в п.20.7. настоящей Главы):
- 1) - не производить возврат уплаченной страховой премии либо страховых взносов;
 - 2) - произвести возврат полученной страховой премии за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением Договора страхования не превышающих 35% от суммы полученной страховой премии, если условиями Договора страхования не оговорено иное.
- 20.7. При отказе Страхователя-физического лица от Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения Страховщик обязан возвратить Страхователю-физическому лицу полученную (полученные) страховую премию (страховые взносы) за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением Договора страхования, не превышающих десяти процентов от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).
- 20.8. Если условиями Договора страхования предусмотрено его досрочное прекращение в случае осуществления Страховщиком страховой выплаты по первому наступившему страховому случаю, то уплаченная Страхователем страховая премия возврату не подлежит.
- 20.9. В случаях, когда досрочное прекращение Договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страхователя, страховая премия (ее часть) возврату не подлежит.
- 20.10. В случаях, когда досрочное прекращение Договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возвратить Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью.
- 20.11. В случае если Договор страхования признан судом недействительным, Страховщик обязан вернуть Страхователю полученные от него страховую премию либо страховые взносы, а Страхователь (Выгодоприобретатель) - вернуть Страховщику полученную от него страховую выплату.

21. ФОРС-МАЖОР

- 21.1. Сторона освобождается от ответственности предусмотренной настоящими правилами и/или законодательством Республики Казахстан за несвоевременное неисполнение какого-либо из своих обязательств, если она докажет, что:
- 1) такое неисполнение явилось результатом препятствия, находившегося вне ее контроля;
 - 2) от нее нельзя было разумно ожидать в момент заключения договора страхования принятия во внимание данного препятствия или его последствий для исполнения договора страхования;
 - 3) она не могла разумно избежать или преодолеть такое препятствие или, по крайней мере, его последствия.

- 21.2. Препятствие, указанное в пункте 21.1 настоящих правил страхования может произойти по причине ниже перечисленных событий, перечень которых не является исчерпывающим:
- 1) объявленная или необъявленная война, гражданская война, беспорядки, саботаж;
 - 2) стихийные бедствия, ураганы, землетрясения, наводнения, разрушения в результате молнии;
 - 3) забастовки и локауты, в любой форме;
 - 4) действия властей законные или незаконные, изменения законодательства, принятия государственными органами нормативных правовых актов или совершения ими действий, препятствующих, либо запрещающих выполнение обязательств по договору страхования.
- 21.3. Сторона, для которой наступили форс-мажорные обстоятельства, обязана в течение 5 (пяти) рабочих дней известить другую Сторону об этом в письменном виде. Не извещение о наступлении форс-мажорных обстоятельств лишает Сторону, для которой они создались, права ссылаться на них в обоснование неисполнения своих обязательств.
- 21.4. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, Стороны вправе договориться о дальнейшей юридической судьбе договора страхования.

22. АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА

- 22.1. Каждая сторона (данный термин для целей настоящих положений включает всех работников, агентов, представителей, аффилированных лиц каждой из сторон Страхователя Страховщика, а также других лиц, привлекаемых ими или действующих от их имени) соглашается, что она не будет в связи с услугами оказываемыми по договору страхования, давать или пытаться давать взятки (включая, без ограничения, любые формы оплаты, подарки и прочие имущественные выгоды, вознаграждения и льготы (в виде денег или любых ценностей) другой стороне, ее работникам, агентам, представителям, потенциальным клиентам, аффилированным лицам, а также другим лицам, привлекаемым другой стороной или действующим от ее имени, государственным служащим, межправительственным организациям, политическим партиям, частным лицам и прочим сторонам («вовлеченные стороны»).
- 22.2. Каждая сторона заявляет и гарантирует другой стороне, что до даты заключения договора страхования она не давала и не пыталась давать взятки вовлеченным сторонам с целью установления и (или) продления каких-либо деловых отношений с другой стороной в связи с договором страхования.
- 22.3. Каждая сторона признает и соглашается с тем, что она ознакомилась с законами против взяточничества и отмывания денег всех стран, в которых она учреждена или зарегистрирована и в которых она осуществляет свою деятельность, и будет соблюдать указанные законы.
- 22.4. Каждая из сторон соглашается с тем, что она не будет совершать и не допустит со своего ведома совершения каких-либо действий, которые приведут к нарушению другой стороной применимых законов против взяточничества или отмывания денег.
- 22.5. Стороны соглашаются с тем, что их бухгалтерская документация должна точно отражать все платежи, осуществляемые по договору страхования.
- 22.6. Если одной из сторон станет известно о фактическом или предположительном нарушении ею какого-либо из настоящих положений о противодействии взяточничеству и коррупции, она должна немедленно поставить об этом в известность другую сторону и оказать ей содействие в расследовании, проводимому по данному делу.
- 22.7. Стороны соглашаются разработать для своих работников и следовать политикам и процедурам по борьбе с коррупцией, необходимым для предотвращения фактов взяточничества или попыток дачи взяток.

- 22.8. Каждая сторона обязуется обеспечить выполнение своими подрядчиками, консультантами, агентами и другими лицами, предоставляющими услуги от ее имени по договору страхования, процедур по предотвращению фактов взяточничества или попыток дачи взяток.
- 22.9. Стороны соглашаются, что в дополнение к правам на расторжение (отказ от исполнения), предусмотренным другими положениями договора страхования, не нарушающая сторона имеет право немедленно расторгнуть (отказаться от исполнения) договор страхования в случае нарушения другой стороной настоящих положений о противодействии взяточничеству и коррупции, и при этом другая сторона не вправе требовать какие-либо дополнительные платежи в рамках договора страхования, кроме платежей, не связанных с нарушением настоящих положений о противодействии взяточничеству и коррупции, за товары (работы, услуги), надлежащим образом поставленные (выполненные, оказанные) по договору страхования до его расторжения.
- 22.10. Каждая из сторон освобождается от обязательств по осуществлению какого-либо платежа, который может причитаться другой стороне по договору страхования, если такой платеж связан с нарушением другой стороной настоящих положений о противодействии взяточничеству и коррупции.

23. ПРЕИМУЩЕСТВО ДОКУМЕНТОВ

- 23.1. В случае коллизии норм или отсутствия информации в условиях устанавливается следующая иерархия:
- 1) Программа страхования;
 - 2) Договор страхования;
 - 3) Правила страхования.

24. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 24.1. Споры, возникающие по договору страхования, рассматриваются сторонами путем переговоров.
- 24.2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.

25. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 25.1. Условия, содержащиеся в правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для сторон, если в договоре страхования прямо указывается на применение таких правил страхования и сами правила страхования изложены в договоре страхования либо приложены к нему. В последнем случае предоставление Страхователю правил страхования при заключении договора страхования должно быть удостоверено сторонами в договоре страхования.
- 25.2. Страховщик не несет прямой ответственности за качество, своевременность и обоснованность лечения, оказываемого Застрахованному лицу поставщиками медицинских услуг. Страховщик проводит проверку обоснованности претензий Застрахованных к поставщикам медицинских услуг и оказывает содействие Застрахованным по урегулированию таких претензий. За вред, причиненный здоровью и жизни Застрахованного в результате действия либо бездействия поставщика медицинских услуг и/или врача-специалиста, все претензии, жалобы, иски должны предъявляться, выставляться Застрахованным и/или Страхователем непосредственно такому поставщику медицинских услуг.
- 25.3. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать условия страхования

- или выдержки из Правил, программы страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, с различным набором рисков, в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству Республики Казахстан.
- 25.4. Под условиями страхования понимаются существенные и дополнительные условия страхования, которые сформированы на основе настоящих Правил и действующего законодательства Республики Казахстан, и относятся к отдельному договору или группе договоров страхования.
- 25.5. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия условиям или программам страхования, отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил.
- 25.6. При заключении Договора страхования стороны могут изменить (исключить) отдельные положения настоящих Правил и (или) дополнить Договор страхования иными положениями, не противоречащими действующему законодательству Республики Казахстан.
- 25.7. СО-СТРАХОВАТЕЛЬ - физическое или юридическое лицо, не являющееся клиентом (страхователем, застрахованным лицом) Страховщика.