

САҚТАНДЫРЫЛУШЫЛАРҒА АРНАЛҒАН ЖАДЫНАМА:

Егер Сіз шет елде болған уақытта ауырып қалсаңыз немесе жазатайым жағдайға ұшырасаңыз, Сервистік компанияға хабарласып, мына ақпараттарды хабарлауыңыз қажет:

1. «Казакхинстрах» АҚ-та сақтандырылғандығыңызды;
2. Тегіңізді, атыңызды, полис нөмірін, полистің қолданылу уақытын;
3. Тоқтаған жеріңізді (ел, қала), Сервистік компания Сізбен хабарласа алатын телефон кодын және нөмірін;
4. Көмекке жүгіну себебіңізді (шағымдар, аурудың себептері).

Сақтандырылушының сақтандыру жағдайы басталған кездегі әрекеттер тәртібі 10-бапта толығымен айтылған. Шарт Тараптарының құқықтарымен және міндеттерімен толықтай танысуыңызды сұраймыз.

КӨМЕК ҚАЛАЙ КӨРСЕТІЛЕДІ?

Сервистік компания сақтандыру жағдайы туралы хабарлама алған соң Сізге медициналық көмек көрсету ұйымдастырылады. Ахуалдың шұғылдығына және қай елге келуіңізге қарай Сізге дәрігер, жедел жәрдем жіберіледі немесе көмек алу үшін қай медициналық мекемеге бару керектігі айтылады.

НАЗАР АУДАРЫҢЫЗ: Сақтандыру жағдайы туралы уақтылы хабардар ету Сізге Сақтандыру шарты аясындағы қажетті медициналық көмекті алу, алаяқтыққа, негізсіз шығындар мен толқуларға ұрынбау мүмкіндігін береді.

ПАМЯТКА ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННОГО:

Если во время Вашего пребывания за рубежом Вы заболели или с Вами произошел несчастный случай, Вам необходимо позвонить в Сервисную компанию и сообщить следующую информацию:

1. Что Вы застрахованы в компании АО «Казакхинстрах»
2. Вашу фамилию, имя, номер полиса, срок действия полиса
3. Ваше местонахождение (страна, город), код и номер телефона, по которому Сервисная компания может связаться с Вами
4. Причину обращения за помощью (жалобы, симптомы заболевания)

Порядок действий застрахованного при наступлении страхового случая подробно описан в статье 10. Просим Вас ознакомиться с правами и обязанностями Сторон Договора

КАК ПРОИСХОДИТ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ?

После уведомления Сервисной компании о страховом случае, Вам будет организовано оказание медицинской помощи. В зависимости от экстренности ситуации и страны пребывания, Вам будет направлен врач, Скорая помощь или будет указано медицинское учреждение, куда Вы можете обратиться за помощью.

ВНИМАНИЕ: Своевременное уведомление о страховом случае позволит Вам получить необходимую медицинскую помощь в рамках Договора страхования, избежать мошенничества, необоснованных расходов и волнений.

MEMO FOR THE INSURED:

If you fall sick or have an accident during your stay abroad, you need to call the Assistance Company and provide the following information:

1. That you have been insured at Kazakhinstrakh JSC.
2. Your surname, first name, policy number and policy validity period.
3. Your location (country, city), code and contact phone number.
4. Reason for seeking help (complaints, symptoms of a disease).

The procedure for the Insured in the case of an insured event is described in detail in article 10. You are kindly requested to read the rights and obligations of the Parties to the Agreement.

HOW THE ASSISTANCE IS RENDERED?

After notification of the Assistance Company of an insured event, the Assistance Company will arrange a medical assistance to you. Depending on the situation emergency and the country of your stay, the Assistance Company will send for a doctor, an ambulance or advise a medical company to obtain a medical treatment.

ATTENTION: The timely notification of an insured event will make it possible for you to obtain the required medical treatment under the Insurance Agreement, avoid any fraud, unreasonable costs and disturbances.

«ПУТЕШЕСТВЕННИК» - ШЕТ ЕЛГЕ ШЫҒУШЫ ТҮЛҒАЛАРДЫ ЕРІКТІ САҚТАНДЫРУ ЕРЕЖЕСІ

1. ЖАЛПЫ ЕРЕЖЕЛЕР

1. Шет елге шығушы тұлғаларды осы ерікті сақтандыру ережесі (бұдан әрі – Сақтандыру ережесі) Қазақстан Республикасының заңнамасына, «Халық-Казахинстрах» Қазақстан Халық банкінің еншілес сақтандыру компаниясы» АҚ-тың ішкі нормативтік құжаттарына сәйкес дайындалды және сақтандыру талаптарын, шет елге шығушы тұлғаларды ерікті сақтандыру шартын (бұдан әрі – Сақтандыру шарты) жасасу, оны қолдау және орындау тәртібін реттейді.

2. Осы Сақтандыру шартының талаптарында «Халық-Казахинстрах» Қазақстан Халық банкінің еншілес сақтандыру компаниясы» акционерлік қоғамы заңды және жұмысқа қабілетті жеке тұлғалармен сақтандыру шарттарын жасасады.

3. Сақтандыру ережесінде пайдаланылатын негізгі ұғымдар:

1) **тосын сырқат** – ағза функциялары бұзылуының түрлі нысандарының туындауымен сипатталатын, сақтандыру қорғанысы әрекет ететін кезеңде, денсаулыққа келтірілетін одан әркі зиянның немесе өмірге келтірілетін қауіптің алдын алу мақсатында жедел медициналық араласуды қажет ететін, сақтандырылған тұлғаның денсаулығының кенеттен бұзылуы;

2) **дәрігер** – кәсіби медициналық білімі бар және медициналық қызмет атқаратын жеке тұлға;

3) **Пайда алушы** – сақтандыру ережесінің талаптарына сәйкес сақтандыру төлемін алушы болып табылатын тұлға;

4) **сырқат** – функционалдық немесе (және) морфологиялық өзгерістермен шарттасатын, Сақтандырылушы ағзасының қалыпты қызметінің бұзылуы;

5) **Сақтандырылушы** – оған қатысты сақтандыру жүзеге асырылатын жеке тұлға. Егер сақтандыру шартында басқалай қарастырылмаса, Сақтандырылушы сақтандыру қорғанысының әрекеті басталған сәтте жасы 0-ден бастап 75 жасқа дейінгі тұлғалар бола алады;

6) **медициналық тасымалдау** – Сақтандырылушыны шұғыл медициналық көрсеткіштері бойынша амбулаторлық немесе стационарлық талаптарда медициналық көмек көрсету қажеттілігіне байланысты ең жақын медициналық мекемеге мамандандырылған немесе дағдылы көлік құралымен жеткізу;

7) **медициналық эвакуация** – Сақтандырылушыны уақытша тоқтаған елдің аумағынан (сақтандыру аумағынан) Сақтандырылушының тұрақты тұратын жеріне бірінші жақын халықаралық әуежайға дейін тасымалдау (медициналық көрсеткіштері болған кезде, сондай-ақ Сақтандырылушы емдеуші дәрігер растаған жағдайда, тасымалдауға жарамды болғанда, ілесіп жүретін тұлғамен бірге);

а) стационарда болу шығындары сақтандыру шартында белгіленген лимиттен асып кетсе, Сақтандырылушының болжалды медициналық шығындардың құны мен сақтандыру шартында

белгіленген лимиттің сомасының арасындағы айырмашылықты төлеуге мүмкіндігі болмаса (одан бас тартса);

б) Сақтандырылушыға талап етілетін медициналық көмекті уақытша тоқтаған елде (сақтандыру аумағында) көрсету мүмкіндігі болмаса.

Медициналық эвакуация оның қажеттілігін Сақтандырушының дәрігері жергілікті емдеуші дәрігердің құжаттары негізінде қорытындымен растаса және медициналық жақпаулар болмаған кезде ғана жүзеге асырылады.

Медициналық эвакуация бойынша шығындар Сақтандыру шартында мазмұндалған сақтандыру сомасының аясында өтеледі;

8) **медициналық шығындар** – Сақтандырылушы сақтандыру аумағында болған кезде туындайтын, Сақтандырылушының Қазақстан Республикасындағы тұрақты тұратын орнына (азаматтығына) қайта оралғанға дейін кейін қалдырылуға болмайтын, білікті машықтанған дәрігер белгілеген сырқаттан және медициналық көмекті көрсету (диагностика қою, терапевтік және/немесе хирургиялық ем) қажеттілігінен туындайтын шарасыз, қажетті шығындар;

9) **медициналық ассистанс** – Сақтандырушының өкілі. Сақтандырушымен ынтымақтастық шарты негізінде сақтандыру аумағында шарттың талаптарына сәйкес Сақтанушы таңдаған санаттарға сай медициналық және басқа қызметтерді ұйымдастыратын және көрсететін заңды тұлға;

10) **медициналық мекеме (медициналық желі)** – онымен (олармен) Сақтандырушының өкілі Сақтандырылушыларға қызмет көрсету шартын жасасқан заңды тұлға;

11) **жазатайым жағдай** – адамның еркінен тыс басталған, сыртқы механикалық, электр, химиялық немесе термикалық ықпалдың Сақтандырылушының ағзасына әсері салдарынан оның денсаулығына зиян келтіру, оның мертігуі немесе қайтыс болуынан болған тосын, қысқа мерзімді жағдай (оқиға);

12) **жіті сырқат** – сақтандыру шартының қолданылу кезеңінде тосыннан туындайтын және жедел медициналық көмек көрсетуді талап ететін, медициналық көмек көрсетуден бас тарту немесе оны кідірту ауыр қайтарымсыз жағдайлардың өршуіне, тіпті қайтыс болуға әкеп соқтыруы мүмкін сырқат, бұл ретте медициналық көмек шұғыл көрсетілуі тиіс, яғни, жағдай туындағаннан кейінгі алғашқы тәуліктерде;

13) **репатриация** – сервистік компанияның Сақтандырылушының мүрдесін Қазақстан Республикасының ең жақын халықаралық әуежайына немесе азаматтығы бар/тұрақты тұратын еліне дейін тасымалдауды ұйымдастыруы;

14) **ілесіп жүретін тұлға** – егер ондай ілесіп жүру медициналық көрсеткіштері бойынша қажет болса,

Сақтандырылушыға ілесіп жүру үшін шет елге шығуға мүмкіндігі бар, отбасы мүшесі (туысқаны) немесе басқа тұлға;

15) **спорт** – спорт жарыстары және адамды оған арнайы дайындау нысанында туындайтын спорт түрлерінің жиынтығы ретіндегі әлеуметтік-мәдени қызмет саласы (жарыс түріндегі физикалық жаттығулар немесе зияткерлік мүмкіндіктер жиынтығы);

16) **ілесіп жүретін тұлғаның жедел жетуі** – төтенше ахуалдан және дәрігердің медициналық талабы бойынша туындаған, Сақтандырылушы уақытша тоқтаған елдегі ол госпитализацияланған медициналық мекемеге ілесуші тұлғаның келу қажеттілігі (егер Сақтандырылушы жалғыз өзі сапар шексе);

17) **Сақтанушы** – Сақтандырылушымен сақтандыру шартын жасасқан және сақтандыру сыйлықасын төлеген тұлға;

18) **Сақтандырушы** – сақтандыру ұйымы ретінде тіркелген және Қазақстан Республикасының аумағында сақтандыру қызметін жүзеге асыру құқығына лицензиясы бар «Халық-Казахинстрах» Қазақстан Халық банкінің еншілес сақтандыру компаниясы» акционерлік қоғамы;

19) **сақтандыру аумағы** – сақтандыру шартында көрсетілген, оған сақтандыру қорғанысының әрекеті таратылатын аумақ;

20) **балаларды эвакуациялау** – Сақтандырылушымен бірге сапарға шыққан және Сақтандырылушының кенеттен сырқаттануына байланысты қараусыз қалған балаларды (18 жасқа дейінгі) азаматтығы бар/тұрақты тұратын елінің ең жақын халықаралық әуежайына дейін кері қайтару;

21) **шұғыл жағдай** – оның төтеншелігіне қатысты Сақтандырылушы Ассистанспен немесе Сақтандырушымен байланысу мүмкіндігі болмауы салдарынан орын алған күтпеген жағдай (кенеттен сырқаттану, жазатайым жағдай);

22) **шұғыл медициналық көмек** – кенеттен болған жіті сырқаттар, жарақаттар, денсаулықтың аяқ асты құлдырауы, сақтандыру шартында белгіленген тізбеге сәйкес созылмалы сырқаттардың қабынуы кезінде денсаулыққа келтірілетін зиянды болдырмау немесе өмірге төнген қауіптің алдын алу үшін кідіріссіз медициналық араласуды қажет ететін медициналық көмек.

2. САҚТАНДЫРУ ОБЪЕКТСІ

4. Сақтандыру объектісі болып Сақтандырылушының сақтандыру қорғанысының қолданылу мерзімі ішінде оның сақтандыру аумағында болуы кезеңінде жазатайым жағдайдың және (немесе) тосын сырқаттың салдарынан Сақтанушы таңдаған және Сақтандыру шартында көрсетілген санаттарға сәйкес қызметтерді алу шығындарымен байланысты туындайтын Сақтандырылушының мүлдіктік мүдделері табылады.

3. МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР

5. Медициналық көрсеткіштер – нақты Сақтандырылушының Сақтандыру ережесіне, Сақтандыру шартына және Сақтандыру санатына сәйкес Сақтандырушы өкілінің медициналық желісіне қаралуына түрткі болған, сырқатқа диагностика қою немесе оны емдеу бойынша қандай да бір медициналық қызметтерді алудың объективті себептері мен салдары.

6. Медициналық қызметтер және дәрі-дәрмектер егер аталған медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер қажетті және Сақтандырылушының сырқатына диагностика қою және оны емдеу үшін жеткілікті болса, Медициналық көрсеткіштерге сәйкес тағайындалған болып саналады.

7. Егер ол медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер емдеу мен диагностика үшін емес, дәрігермен, медициналық ұйыммен немесе дәріханамен келісімге келген Сақтандырылушының материалдық пайда алу үшін жасалған болса және ол заңды күшіне енген соттың шешімі/ соттың үкімі, уәкілетті органдардың немесе басқа тұлғалардың шешімі арқылы белгіленген болса не мұндай келісім фактісі басқалай тәсілмен белгіленген болса, мұндай медициналық қызметтер және дәрі-дәрмектер Медициналық көрсеткіштерге сәйкес тағайындалған болып саналмайды.

8. Стационарда емдеуге арналған шұғыл көрсеткіштер:

- ессіздік;
- қан жоғалтуын анық көрсететін сырттай қансырау, сондай-ақ іштей қан кету және ағзаларға қан кету;
- күйік және үсік;
- ағзаның анатомиялық тұтастығының бұзылуы;
- улану;
- аллергиялық реакциялар (Квинке ісінуі, Лайел синдромы, Стивенс-Джонс синдромы);
- селкілдек;
- жіті хирургиялық жай-күй;
- жіті бүйрек жетімсіздігі;
- жіті бауыр жетімсіздігі;
- жіті церебралды жетімсіздік;
- жіті тыныс жетімсіздігі;
- жіті жүрек-қан тамыр жетімсіздігі;
- жіті миокард инфаркты;
- гипертониялық криз;
- тұрақсыз стенокардия;
- кез келген этиологиядағы шок.

Стационарда емдеу үшін емдеу көрсеткіштері – Сақтандырылушының оған шұғыл, кідіртпестен медициналық көмек көрсетуді талап етпейтін, бірақ Сақтандырылушының медициналық мекемеде

тұрақты болуы талаптарында ғана емдеу-диагностика қою шараларының кешенін көрсету қажеттілігі бар, сондықтан оның медициналық жай-күйіне дәрігердің үздіксіз қадағалауы қажет етілетін немесе жүргізілетін емдеу-диагностика процедураларының күрделілігі себеп болатын жағдайы.

9. Шұғыл және емделу көрсеткіштері бойынша стационарда емдеуді ұйымдастыру кезінде медициналық ұйымды және бөлімшені таңдау Медициналық ассистанстың және/немесе Сақтандырушының келісімімен жүзеге асырылады.

10. Шұғыл, сонымен қатар емделу көрсеткіштері бойынша стационарда емделу барысында Сақтандырушы Сақтандырылушының негізгі сырқатына және оның негізгі сырқатымен себеп-салдарлы байланыстағы ілеспе сырқаттармен байланысты ғана диагностиканы және емдеуді өтейді.

4. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫ

11. Сақтандыру жағдайы – оның басталуымен сақтандыру шарты сақтандыру төлемін жүзеге асыруды қарастыратын ықтималдық және кездейсоқтық белгілері бар оқиға.

12. Сақтандыру жағдайы болып таңдалған сақтандыру санатына сәйкес сақтандыру қорғанысының қолданылу мерзімі ішінде оның шет елде (сақтандыру аумағында) болуы кезеңінде Сақтандырылушының сервистік компанияға/Ассистансқа кенеттен болған жіті сырқаттың және/немесе денсаулығының басқалай бұзылуы салдарынан шұғыл медициналық көмек алу үшін қаралуымен байланысты Сақтанушының (Сақтандырылушының) болжанбаған шығындарының туындауы танылады (табылады). Сақтандыру санатын таңдау құқығы Сақтанушыға беріледі. Сақтандырумен өтелетін шығындардың түрі Сақтанушы таңдаған санаттарға тәуелді анықталады:

12.1. «Standart-travel» санаты

Аталған санат бойынша сақтандыру кезінде Сақтандырушы Сақтандырылушы кенеттен сырқаттанған жағдайда және/немесе Сақтандырылушы денсаулығының басқалай бұзылысы кезінде сервистік компания/Ассистанс арқылы мыналарды жасауға міндеттенеді:

- 1) медициналық көмекті ұйымдастыру және осыған байланысты Сақтандырылушының уақытша тоқтаған елде туындайтын шығындарын төлеу;
 - 2) өз есебінен Сақтандырылушыны уақытша тоқтаған елдегі ең жақын емханалардың біріне орналастыруды ұйымдастыру;
 - 3) өз есебінен Сақтандырылушыны оның тұрақты тұратын еліндегі ең жақын халықаралық портқа дейін ауыстыруды (эвакуациялауды) ұйымдастыру;
- Әрбір нақты жағдайда эвакуациялау, клиниканы таңдау және көлік түрін таңдау туралы шешімді Ассистанс компания желісінің дәрігері немесе Сақтандырушының дәрігері қабылдайды. Аталған келісімсіз Сақтандырушы Сақтандырылушының эвакуациялау, тасымалдау және басқа шығындарын өтемейді;
- 4) өз есебінен ол қайтыс болған жағдайда Сақтандырылушының мүрдесін оның тұрақты тұратын

еліндегі ең жақын халықаралық портқа дейін тасымалдауды (репатриациялауды) ұйымдастыру. Бұл ретте Сақтандырушы ритуалдық қызметтердің және жерлеу шығындарын, сондай-ақ Сақтандырушының не оның өкілі – Ассистанс компанияның келісімінсіз және білуінсіз жасалған, мүрдені репатриациялау шығындарын төлемейді;

5) табиғи (жаратынды) тістің ауруын басумен байланысты шұғыл стоматологиялық көмекті ұйымдастыру, атап айтқанда мыналардан тұратын және олармен шектелеін терапевтік стоматологиялық көмек:

- табиғи тістерді жұлу, бірақ бір мезгілде екеуден артық емес, оның ішінде ақыл тісті емдеу, іріңді жару, тістің тамырын кесіп алып тастау, тігу;
- орташа және терең тіскегі кезінде тістерді жүйкесіздендіру және ұлпасыздандыру, уақытша пломба материалдарының құнын қоса алғанда;
- жіті периодонтит;
- жіті стоматит;
- жіті пульпит;
- тіс-жақ сүйек аппаратының анатомиялық тұтастығын (жақтың шығуы, жақ сүйектерінің сынуы) емдеуден тұратын және сонымен шектелетін хирургиялық стоматологиялық көмек және 15 000 (он бес мың) теңгеден артпайтын шығындарды төлеу, ерекшелік болып табылатын және Сақтандырушы өтемейтіндер: ортодонтия, ортопедия, косметология, протездеу және оған дайындау.

12.2. «Best-travel» санаты

Аталған санат бойынша сақтандыру кезінде Сақтандырушы Сақтандырылушы кенеттен сырқаттанған жағдайда және/немесе Сақтандырылушы денсаулығының басқалай бұзылысы кезінде сервистік компания/Ассистанс арқылы мыналарды жасауға міндеттенеді:

- 1) медициналық көмекті ұйымдастыру және осыған байланысты Сақтандырылушының уақытша тоқтаған елде туындайтын шығындарын төлеу;
 - 2) өз есебінен Сақтандырылушыны уақытша тоқтаған елдегі ең жақын емханалардың біріне орналастыруды ұйымдастыру;
 - 3) өз есебінен Сақтандырылушыны оның тұрақты тұратын еліндегі ең жақын халықаралық портқа дейін ауыстыруды (эвакуациялауды) ұйымдастыру.
- Әрбір нақты жағдайда эвакуациялау, клиниканы таңдау және көлік түрін таңдау туралы шешімді Ассистанс компания желісінің дәрігері немесе Сақтандырушының дәрігері қабылдайды. Аталған келісімсіз Сақтандырушы Сақтандырылушының эвакуациялау, тасымалдау және басқа шығындарын өтемейді;
- 4) өз есебінен ол қайтыс болған жағдайда Сақтандырылушының мүрдесін оның тұрақты тұратын еліндегі ең жақын халықаралық портқа дейін тасымалдауды (репатриациялауды) ұйымдастыру. Бұл ретте Сақтандырушы ритуалдық қызметтердің және жерлеу шығындарын, сондай-ақ

Сақтандырушының не оның өкілі – Ассистанс компанияның келісімінсіз және білуінсіз жасалған, мүрдені репатриациялау шығындарын төлемейді;

5) табиғи (жаратынды) тістің ауруын басумен байланысты шұғыл стоматологиялық көмекті ұйымдастыру, атап айтқанда мыналардан тұратын және олармен шектелеін терапевтік стоматологиялық көмек:

- табиғи тістерді жұл, бірақ бір мезгілде екеуден артық емес, оның ішінде ақыл тісті емдеу, іріңді жару, тістің тамырын кесіп алып тастау, тігу;
- орташа және терең тісжегі кезінде тістерді жүйкесіздендіру және ұлпасыздандыру, уақытша пломба материалдарының құнын қоса алғанда;
- жіті периодонтит;
- жіті стоматит;
- жіті пульпит;

• тіс-жақ сүйек аппаратының анатомиялық тұтастығын (жақтың шығуы, жақ сүйектерінің сынуы) емдеуден тұратын және сонымен шектелетін хирургиялық стоматологиялық көмек және 30 000 (отыз мың) теңгеден артапайтын шығындарды төлеу, ерекшелік болып табылатын және Сақтандырушы өтемейтіндер: ортодонтия, ортопедия, косметология, протездеу және оған дайындау;

б) Сақтандырылушыны госпитализациялау кезінде не ол қайтыс болғанда 16 жасқа дейінгі балаларды егер олар қараусыз қалған болса, уақытша тоқтаған елден тұрақты тұратын еліне дейін кері қайтаруды ұйымдастыру және шығындарын төлеу. Бұл ретте Сақтандырушы өзіне олардың билеттерін пайдалану – билетті тасымалдаушы компанияға кері қайтару және өтемақы алу не балаларды кері қайтару мақсатында билетті бұрынырақ не кейінірек уақытқа айырбастау құқығын қалдырады;

7) Сақтандырылушы күнтізбелік 10 күннен артық ауруханада болған кезде және оның жанында туысқандарынан ешкім болмаған жағдайда, туыстарының болуы қажетті талапта ғана, Сақтандырылушы туысқанының барып-келу билетін алу.

12.3. «Multy-travel» санаты

Сақтандыру полисінің мұндай санатын Сақтандырылушы шет елге көп сапар жасайтын кезде пайдалана алады. Осы санат бойынша сақтандыру қорғанысы физикалық еңбекпен, спортпен айналысатын тұлғаларға таратылмайды.

Сақтандыру полисінің аталған санатын ресімдеу кезінде Сақтандырушы сервистік компания/Ассистанс арқылы мыналарды көрсетуге міндеттенеді:

- 1) медициналық көмекті ұйымдастыру және осыған байланысты Сақтандырылушының уақытша тоқтаған елде туындайтын шығындарын төлеу;
- 2) өз есебінен Сақтандырылушыны уақытша тоқтаған елдегі ең жақын емханалардың біріне орналастыруды ұйымдастыру;

3) өз есебінен Сақтандырылушыны оның тұрақты тұратын еліндегі ең жақын халықаралық портқа дейін ауыстыруды (эвакуациялауды) ұйымдастыру.

Әрбір нақты жағдайда эвакуациялау, клиниканы таңдау және көлік түрін таңдау туралы шешімді Ассистанс компания желісінің дәрігері немесе Сақтандырушының дәрігері қабылдайды. Аталған келісіміз Сақтандырушы Сақтандырылушының эвакуациялау, тасымалдау және басқа шығындарын өтемейді;

4) өз есебінен ол қайтыс болған жағдайда Сақтандырылушының мүрдесін оның тұрақты тұратын еліндегі ең жақын халықаралық портқа дейін тасымалдауды (репатриациялауды) ұйымдастыру. Бұл ретте Сақтандырушы ритуалдық қызметтердің және жерлеу шығындарын, сондай-ақ Сақтандырушының не оның өкілі – Ассистанс компанияның келісімінсіз және білуінсіз жасалған, мүрдені репатриациялау шығындарын төлемейді;

5) табиғи (жаратынды) тістің ауруын басумен байланысты шұғыл стоматологиялық көмекті ұйымдастыру, атап айтқанда мыналардан тұратын және олармен шектелеін терапевтік стоматологиялық көмек:

- табиғи тістерді жұл, бірақ бір мезгілде екеуден артық емес, оның ішінде ақыл тісті емдеу, іріңді жару, тістің тамырын кесіп алып тастау, тігу;
- орташа және терең тісжегі кезінде тістерді жүйкесіздендіру және ұлпасыздандыру, уақытша пломба материалдарының құнын қоса алғанда;
- жіті периодонтит;
- жіті стоматит;
- жіті пульпит;

• тіс-жақ сүйек аппаратының анатомиялық тұтастығын (жақтың шығуы, жақ сүйектерінің сынуы) емдеуден тұратын және сонымен шектелетін хирургиялық стоматологиялық көмек және 30 000 (отыз мың) теңгеден артапайтын шығындарды төлеу, ерекшелік болып табылатын және Сақтандырушы өтемейтіндер: ортодонтия, ортопедия, косметология, протездеу және оған дайындау;

б) Сақтандырылушыны госпитализациялау кезінде не ол қайтыс болғанда 16 жасқа дейінгі балаларды егер олар қараусыз қалған болса, уақытша тоқтаған елден тұрақты тұратын еліне дейін кері қайтаруды ұйымдастыру және шығындарын төлеу. Бұл ретте Сақтандырушы өзіне олардың билеттерін пайдалану – билетті тасымалдаушы компанияға кері қайтару және өтемақы алу не балаларды кері қайтару мақсатында билетті бұрынырақ не кейінірек уақытқа айырбастау құқығын қалдырады;

7) Сақтандырылушы күнтізбелік 10 күннен артық ауруханада болған кезде және оның жанында туысқандарынан ешкім болмаған жағдайда, туыстарының болуы қажетті талапта ғана, Сақтандырылушы туысқанының барып-келу билетін алу;

8) 600 000 теңгеден аспайтын залал мөлшерінде денсаулықтың бұзылуының себебі болып табылатын жол-көлік оқиғасы бойынша сотта Сақтандырылушының құқықтарын қорғау бойынша көмекті ұйымдастыру;

9) егер сақтандыру жағдайы болып танылған оқиға үшінші тұлғаның кінәсінен болса, 600 000 (алты жүз мың) теңгеден аспайтын шығындар мөлшерінде Сақтандырылушыға оның құқығын қорғау бойынша іс қозғауға көмек көрсету.

12.4. «Sport-travel» санаты

Сақтандыру полисінің аталған санатын әуесқой немесе кәсіби спортпен айналысушы тұлғалар пайдаланады.

Сақтандыру полисінің аталған санатын ресімдеу кезінде Сақтандырушы сервистік компания/Ассистанс арқылы мыналарды көрсетуге міндеттенеді:

1) медициналық көмекті ұйымдастыру және осыған байланысты Сақтандырылушының уақытша тоқтаған елде туындайтын шығындарын төлеу, оның ішінде команданың медициналық қызметкері көрсеткен шығындарды өтеуді қоспағанда, жарыстар, сайыстар, турнирлер өткізу кезінде;

2) өз есебінен Сақтандырылушыны уақытша тоқтаған елдегі ең жақын емханалардың біріне орналастыруды ұйымдастыру;

3) өз есебінен Сақтандырылушыны оның тұрақты тұратын еліндегі ең жақын халықаралық портқа дейін ауыстыруды (эвакуациялауды) ұйымдастыру. Әрбір нақты жағдайда эвакуациялау, клиниканы таңдау және көлік түрін таңдау туралы шешімді Ассистанс компания желісінің дәрігері немесе Сақтандырушының дәрігері қабылдайды. Аталған келісімсіз Сақтандырушы Сақтандырылушының эвакуациялау, тасымалдау және басқа шығындарын өтемейді;

4) өз есебінен ол қайтыс болған жағдайда Сақтандырылушының мүрдесін оның тұрақты тұратын еліндегі ең жақын халықаралық портқа дейін тасымалдауды (репатриациялауды) ұйымдастыру. Бұл ретте Сақтандырушы ритуалдық қызметтердің және жерлеу шығындарын, сондай-ақ Сақтандырушының не оның өкілі – Ассистанс компанияның келісімсіз және білуінсіз жасалған, мүрдені репатриациялау шығындарын төлемейді;

5) табиғи (жаратынды) тістің ауруын басумен байланысты шұғыл стоматологиялық көмекті ұйымдастыру, атап айтқанда мыналардан тұратын және олармен шектелеін терапевтік стоматологиялық көмек:

- табиғи тістерді жуу, бірақ бір мезгілде екеуден артық емес, оның ішінде ақыл тісті емдеу, іріңді жару, тістің тамырын кесіп алып тастау, тігу;
- орташа және терең тісжегі кезінде тістерді жүйкесіздендіру және ұлпасыздандыру, уақытша пломба материалдарының құнын қоса алғанда;
- жіті периодонтит;
- жіті стоматит;
- жіті пульпит;
- тіс-жақ сүйек аппаратының анатомиялық тұтастығын (жақтың шығуы, жақ сүйектерінің сынуы) ем-

деуден тұратын және сонымен шектелетін хирургиялық стоматологиялық көмек және 30 000 (отыз мың) теңгеден артпайтын шығындарды төлеу, ерекшелік болып табылатын және Сақтандырушы өтемейтіндер: ортодонтия, ортопедия, косметология, протездеу және оған дайындау.

13. Егер сақтандыру шартында басқалай қарастырылмаса, сақтандыру жағдайы Сақтандырылушы медициналық көмекті немесе сақтандыру шартында қарастырылған басқа қызметтерді алу үшін Ассистансқа қаралғанда және нұсқаулыққа сәйкес барлық әрекеттерді орындаған кезде басталған болып саналады.

14. Сақтандырылушының сақтандырумен өтелетін шығындарының тізбесі сақтандыру бағдарламасында (сақтандыру шартында) белгіленеді.

15. Сақтандыру жағдайының басталғанын, сондай-ақ онымен келтірілген залалдарды дәлелдеу Сақтанушыға (Сақтандырылушыға, Пайда алушыға) жүктеледі.

5. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЛАРЫНДАҒЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕР ЖӘНЕ САҚТАНДЫРУДЫ ШЕКТЕУ

16. Осы Ережеге сәйкес Сақтандырылушының төмендегілер салдарынан болған шығындары сақтандыру жағдайы деп танылмайды:

- 1) соғыстар, басып кірулер, шет мемлекеттердің дұшпандық әрекеттері, әскери немесе оған ұқсас операциялар (соғыстың мәлімделген, мәлімдемегеніне қарамастан) немесе азаматтық соғыстар;
- 2) барлық түрдегі халықтық толқулар, жаппай тәртіпсіздіктер немесе ереуілдер, бүліктер, локауттар, халықтық ереуілдерге, бүліктерге, азаматтық толқуларға дейін ұлғаятын немесе оған ұласатын азаматтық тәртіпсіздіктер, әскери бүліншіліктер, төңкерістер, әскери басып алулар немесе билікті тартып алу, мүлкіті тәркілеу, реквизициялау немесе ұлттандыру, лаңкестік актілер;
- 3) ядролық жарылыстың, радиацияның немесе радиоактивті зарарданудың әсері;
- 4) Сақтандырылушының (Пайда алушының) алкогольмен, уландырғыш заттармен немесе есірткімен мас кезінде немесе дәрі-дәрмектің немесе психотропты заттардың әсерінде болған кезде жасаған әрекеттері;
- 5) табиғи катаклизмалар: жердің сілкінуі, су тасқыны, сел, дауыл, торнадо және т.б.;
- 6) техногендік апаттар: зауыттарда улы заттардың жарылуы және ағып кетуі, тұрба құбырларының жарылуы немесе апаты, әуедегі апаттар, поездардың қирауы, кемелердің қирауы және т.б.;
- 7) Сақтанушының, Сақтандырылушының және (немесе) Пайда алушының сақтандыру жағдайының туындауына не оның басталуына сеп болуға бағытталған қасақана әрекеттері, бұған қажетті қорғаныс және ерекше қажеттілік жағдайында жасалған әрекеттер кірмейді;
- 8) Сақтанушының, Сақтандырылушының және (немесе) Пайда алушының белгіленген заңнамалық актілердегі тәртіппен сақтандыру жағдайымен себепті байланыстағы қасақана қылмыс немесе әкімшілік құқықбұзушылық деп танылған әрекеттері.

17. Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуына мыналар да негіздеме бола алады:

- 1) Сақтанушының Сақтандырушыға сақтандыру объектісі, сақтандыру тәуекелі, сақтандыру жағдайы және оның салдары туралы қасақана жалған мәліметтер хабарлауы;
- 2) Сақтанушының сақтандыру жағдайынан болатын залалдарды азайту шараларын қасақана қабылдамауы;
- 3) Сақтанушының Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталу жағдайларын тергеуге және ол келтірген залал мөлшерін белгілеуге кедергі келтіруі;
- 4) Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталғаны туралы хабарламауы;
- 5) қауіпсіздіктің белгіленген және жалпыға мәлім ережелері мен нормаларын, қауіпті объектілерді пайдалану нұсқаулықтарын сақтамауы, сондай-ақ қызметтердің қандай да бір түрін жүзеге асыру үшін белгіленген стандарттарды, ережелерді, заңдарды немесе ведомстволық құжаттарды сақтамауы;
- 6) ол сырқат бойынша емнің жүргізілгені, жүргізілмегеніне қарамастан, егер Сақтандырылушы денсаулығының нашарлауы немесе оның қайтыс болуы сақтандыру мерзімі басталған сәтте болған сырқатпен тікелей себепті-салдарлы болса, егер шет елге шығу Сақтандырылушының денсаулығына қарай оған кереғар болса және (немесе) сапарға шығу оның сырқатын үдетуі мүмкін болса;
- 7) егер сапарға шығу мақсаты медициналық қызметтер алу болса;
- 8) заңнамалық актілерде қарастырылған басқа жағдайлар.

18. Сақтандырушы төмендегілер үшін сақтандыру төлемін жүргізбейді:

- 1) Сақтанушының (Сақтандырылушының) жанама коммерциялық шығыстары, шығасылары (айыппұлдар, тұрақсыздық айыбы, өсімпұл), уыстан шығарылған пайда түріндегі залалдары;
- 2) моральдық шығын;
- 3) медициналық емес сипаттағы шығындар, мысалы, телефонмен сөйлесу, такси қызметі, аудармашы қызметі, ілесуші тұлғалардың жатып-тұруы, «ЛЮКС» деңгейіндегі немесе жоғарғы жайлылықтағы палаталар және басқалары;
- 4) қажетті қорғаныс аясынан артып кеткен жағдайларды қоспағанда, уақытша тоқтаған елдегі қазіргі заңнамаға сәйкес Сақтандырылушыға қатысты әкімшілік жазаға немесе қылмыстық қудалауға әкеп соқтырған құқыққа қарсы әрекетті жасауына немесе оны жасауға әрекет етуіне байланысты Сақтанушыға (Сақтандырылушыға) шұғыл медициналық көмек көрсету шығындары;
- 5) сот шығыстары;
- 6) сақтандыру шартында/бағдарламасында қарастырылмаған медициналық қызметтер;
- 7) сақтандыру шартын жасасу кезінде оны алу Сақтандырылушының әдейі мақсаты болған, сақтандыру аумағында оны емдеу кезінде Сақтандырушымен немесе Ассистанспен келісілмеген медициналық немесе басқа да қызметтерді алуы;

8) Сақтандырылушы шет елге спорттық шараларға қатысу мақсатында барған кезде спорт командасы дәрігерінің қызметі немесе оларды көрсету ол шараны ұйымдастырушылар тарапынан қамтамасыз етілетін медициналық қызметтер;

9) Сақтандырылушының сервистік компания үйлестірушісінің, дәрігерінің нұсқауларын, емдеу мекемесіндегі тәртіп ережелерін сақтамауы, егер нұсқаулар медициналық рапортта көрсетілген болса.

19. Сақтандырушы мына жағдайларда сақтандыру төлемін жүргізбейді:

- 1) шұғыл медициналық қызмет көлеміне кірмейтін және шұғыл қаралу кезінде дәрігер тағайындамаған медициналық қызметтерді ұсыну;
- 2) Сақтандырылушының өміріне қауіп төндірмейтін созылмалы сырқаттар және олардың қабынуы, егер ондай қабыну/асқыну сақтандыру жағдайы деп танылған жарақаттың не басқа жағдайдың салдары болып табылмаса, қатерсіз және қатерлі жаңа өскіндер, олардың қабынуы және асқынуы, сондай-ақ оларды анықтау мерзіміне қарамастан оларға диагностика қою;
- 3) Сақтандыру шартының әрекеті басталғанға дейінгі соңғы 6 ай ішінде емдеуді қажет еткен сырқаттар, сондай-ақ Сақтандырылушы сапар басталар күні ауырған сырқаттар, аталған сырқатты оперативті немесе тараптеві түрде емдеуден кейінгі кезеңде туындаған салдары (асқынуы);
- 4) алдын алу вакцинацияларын жүргізу және медициналық тексерулер;
- 5) психологиялық бұзылыстар және сырқаттар, депрессия;
- 6) медициналық көрсеткіш бұйымдарын сатып алу: көзілдіріктер, жанаспалы линзалар, есту аппараттары, ілеспе медициналық тауарлар: мүгедектер арбасы, бандаждар және балдақтар және басқалары;
- 7) косметикалық, пластикалық және кез келген түрдегі қалпына келтіру хирургиясы, бұған сақтандыру жағдайы деп танылған оқиганың салдарынан ағзаның анатомиялық тұтастығын бұзатын, теріні қайта жамауды немесе тамырлардың функциясын қалпына келтіруді (күйік) қажет ететін жағдайлар кірмейді;
- 8) күн сәулесі, фотодерматоз;
- 9) ВИЧ-инфекциялары, СПИД, венерологиялық сырқаттар және жыныс жолдарымен тарайтын сырқаттар, оларға диагностика қою мен емдеуді қоса алғанда;
- 10) санаторий, емдеу орындары, демалыс орындарында және басқа медициналық немесе санаторий-курорт түріндегі ұйымдарда емделу, қамқоршылық күтім;
- 11) жүктілік, босану, 12 аптадан артық жүктіліктің кез келген асқынуы, сондай-ақ түсік, оның ішінде өздігінен түсік, бұған Сақтандырылушының өміріне тікелей қауіп төндіретін жағдайлар кірмейді, бұл ретте барлық жағдайларда жүктілік мерзімі 12 аптадан аспауы керек;
- 12) протездеудің барлық түрі, оның ішінде көз және стоматологиялық;
- 13) алдын ала вакцинация қою кезінде болмаған болуы мүмкін инфекциялық сырқаттар;
- 14) сервистік компания дәрігерлерінің (Сақтандырушы өкілінің) пікірі бойынша қажеттілік және

жеткіліктілік шегінен шығатын зерттеулер, талдаулар, медициналық дәрі-дәрмектер; медициналық көзқарас бойынша өмірге маңызды болып табылмайтын қызметтерді ұсынуға байланысты шығындар; 15) осы Ережеде көзделген шұғыл көмекті қоспағанда, стоматологиялық көмек; 16) қандағы алкоголь деңгейі қанның 100 грамына 1 мг (1 промилле) және одан артық құрайтын, алкогольмен мастануды тудыратын құралдарды қабылдау, есірткімен мастану немесе өсімдік сипатты құралдармен қатар химиялық синтез түрінде жасалған, алкогольмен, есірткімен не уытпен мастануды тудыратын құралдарды қабылдау салдарынан бронхтардың жиырылуы кезінде денсаулығы нашарлауы кезінде ингаляция қоюды қоспағанда, бейдәстүрде емдеудің (фитотерапия, гирудотерапия, гомеопатиялық емдеу, ине-рефлекс терапиясы, флотинг-ванна, барокамерада емдеу, гидромассаж, гидроколонотерапия, құрғақ және су асты сору, балшықпен емдеу, жарықпен емдеу, биорезонансты терапия), қалпына келтірудің (реабилитация) барлық әдістері және баламалы немесе классикалық емес медицинаның басқа әдістері, физиотерапевтік процедуралар;

17) өз өзіне қол жұмсау немесе оған әрекет ету, Сақтандырылушының өз денсаулығына кез келген сипатта зиян келтіруі;

18) егер сақтандыру шартында басқалай қарастырылмаған болса, Сақтандырылушының жарақат алу және/немесе опат болудың жоғарғы тәуекеліне (егер тәуекелдің тиісті санатына ақы төленбеген болса) әкеп соқтыратын сауықтың немесе спорттың қауіпті түрлерімен айналысуы нәтижесінде алған сырқаттары және/немесе жарақаттары:

- жоғарғы жылдамдықпен және биіктіктен секірумен бірге жүретін кәсіби немесе әуесқой спорттың кез келген түрі (оның ішінде мотожарыс, автожарыс, судағы спортивті қайықтар), құздан суға секіру, банджи-джампинг, (банан, су аттракциондарын, акварактерді қоспағанда);
- серфинг, дайвинг, рафтинг, парашют спорты, дельтапланеризм, парапланеризм, квадроцикл айдау, судағы мотоцикл, сноуборд және тау шаңғысын тебу, құзға өрмелеу, альпинизм, қол жұмсайтын ұрыс, күрес, бокс, самбо, дзюдо, каратэ, тэквондо, сумо, кикбоксинг, айкидо, кеңдо, кобудо, ушу, кунг-фу (спорт жарыстарына қатысу үшін шет елге шығатын спортшылар үшін сақтандыру өтемінің санаты таңдалған жағдайларды қоспағанда);
- футбол, виндсерфинг, ауыр атлетика, ауыр заттарды көтеру, су астына сүңгу, «Sport-travel» санаты бойынша сақтандыру жағдайларын қоспағанда;

19) Сақтандырылушының өзі қасақана тәуекелге бас тіккен жағдайлар, яғни оның опат болуына не дене жарақаттарын алуына әкеп соқтыратын тәуекелге, егер қосымша тәуекел қарастырылмаған және спорт жарыстарына қатысу үшін шығатын кәсіби спортшылар үшін арнайы тарифтер бойынша сақтандыру полисі беріліп, Тараптардың келісімі бойынша ақысы төленбеген болса;

20) Сақтандырылушының сақтандыру аумағында медициналық қызметтер алуы үшін сақтандыру төлемін алуы мақсатында өз денсаулығына қасақана зиян келтіруі;

21) жасанды ұрықтандыру, бедеулікті емдеу немесе жүктіліктің алдын алу;

22) көлік құралын оны басқаруға құқығы жоқ тұлғаның немесе мас адамның, есірткінің, психотропты заттардың және ұйқы тудыратын, бағыт-бағдарды бұзатын, зейін қоюды бұзатын десенсибилизация (седативті) құралдарының әсеріндегі тұлғаның басқаруы;

23) өзін өзі емдеу, Сақтанушының (Сақтандырылушының) отбасы мүшелерінің тағайындаулары және емдеу жүргізуі;

24) Сақтандырушы уәкілеттік бермеген дәрігердің әрекеттерінен туындаған сырқаттар;

25) сақтандыру аумағынан тыс;

26) әскери немесе құқық қорғау органдарында қызмет ету немесе тиісті оқудан өту;

27) Сақтанушының (Сақтандырылушының) ол медициналық көрсеткіштері бойынша рұқсат етілген жағдайларда тұрақты тұратын еліне эвакуациялаудан ерікті түрде бас тартуы. Жазбаша бас тартқаннан кейінгі сәттен бастап Сақтандырылушыға ұсынылған қызметтердің шығындары төленбейді;

28) Сақтанушының (Сақтандырылушының) сақтандыру жағдайы бойынша қаралуына байланысты қойылған дәрігер тағайындамаларын орындаудан оның ерікті түрде бас тартуы және осы бас тартудың барлық салдары;

29) консервативті (оперативті емес) емдеуге ауыстырылуы мүмкін болған немесе Сақтандырылушының тұрақты тұратын еліне кері қайтқанына дейін кері шегерілуі мүмкін болған немесе Сақтандырушы немесе Ассистанс мақұлдамаған хирургиялық емдеу;

30) шет елге денсаулыққа зиян келтіру және/немесе жазатайым жағдайдың басталу тәуекелі жоғары, оның ішінде Сақтандырылушының қайтыс болуына әкеп соқтыратын жұмысты істеу (еңбек қызмет) мақсатында шығу.

20. Сақтандырушы егер ол өзіне өзі қол жұмсау салдарынан қайтыс болса, Сақтандырылушының қайтыс болуы кезінде төленуі тиіс сақтандыру төлемінен босатылмайды.

21. Сақтандырылушының физикалық жұмыспен, белсенді түрде демалудың қауіпті түрлерімен, әуесқой немесе кәсіби спортпен айналысуы салдарынан орын алған шығындар сақтандыру жағдайы болып табылмайды және өтелуге жатпайды. Бұл ерекшелік «Sport-travel» санатына таратылмайды.

22. Осы Ереженің талаптарына сәйкес мыналар сақтандыру жағдайы болып танылмайды:

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2009 жылғы 14 қазандағы «Денсаулық сақтаудың мемлекеттік емес секторында емдеуге тыйым салынған аурулардың тізбесін бекіту туралы» бұйрығында көзделген барлық сырқаттар. Атап айтқанда:

1) карантинді жұқпалы: шешек, полиомиелит (жабайы полиовирустардан пайда болған), адам тұмауы (жаңа кіші түрінен пайда болған), ауыр жіті респираторлы синдром (АЖРС), тырысқақ, оба, сары қызба, Ласса қызбасы, Марбург вирусынан пайда болған ауру, Эбол вирусынан пайда болған ауру, Батыс Ніл безгегі, Денге қызбасы, Рифт-вал қызбасы (Рифт лыбы), менингококк жұқпасы;

- 2) аса қауіпті жұқпалар: адамның иммунитет тапшылығы вирусын жұқтыру, жүре пайда болған иммунитет тапшылығы синдромы, Қырым геморрагиялық қызбасы, бүйрек синдромы бар геморрагиялық қызба, алапес, құтырма, лептоспироз, листериоз, туберкулез, туляремия, бруцеллез, Сібір ойық жарасы, аусыл;
- 3) паразиттік аурулар – эхинококкоз, малярия;
- ауа-тамшы арқылы жұғатын жұқпалар: күл, көкжөтел, қызылша, қызамық, эпидемиялық паротит, күл қоздырғышын таратушылық, туа біткен қызамық жұқпасы (туа біткен қызамық синдромы), гемофилия жұқпасы, сіреспе;
- 4) жіті жұқпалы аурулар: жедел вирусты гепатиттер, іш сүзегі және А, В, С қылаулары, сальмонеллез, дизентерия, иерсиниоз, риккетсиоздар, вирусты кене энцефалиті;
- жүйке аурулары;
 - қатерлі жаңа өскіндер;
 - онкогематологиялық аурулар;
 - венерологиялық аурулар (сифилис, гонорея).
- 5) сақтандыру мерзімі басталғанға дейін пайда болған аурулар және олардың салдары;
- 6) алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- 7) паразитарлы және инфекциялық аурулар (гельминтоздар, протозооздар): аскаридоз, лямблиоз, анкилостомидоз, описторхоз, цестодоздар;
- 8) гиперпластикалық процестер (жатыр мойнының жарасы, эндометриоз және т.б.);
- 9) туа біткен аурулар (оның ішінде кемістік және ауытқушылықтың дамуы);
- 10) тері аурулары (псориаз, экзема, белдемелік теміреткі, микоздар, алопециялар, витилиго, қышыма және т.б.);
- 11) цитомегаловирусты және ұшықтық инфекция, зең ауруы;
- 12) асқазан-ішек аурулары: Крон ауруы, бауыр циррозы, тән емес жаралы колит, целиакия; қимыл-тірек аппаратының ауруларына диагностика қою және емдеу: сколиоздар, кифоздар, лордоздар, жалпақ табан;
- қан тамыры аурулары (тығындалғын эндартериит, атеросклероз, аневризма, тамырдардың варикожды кеңеюі, тромбофлебиттер; Такаяс ауруы (тән емес аортоартериит), Бюргер ауруы (тығындалған тромбангиит), варикоцеле, тік ішектің варикожды кеңеюі - геморрой);
- көз аурулары: миопия, астигматизм, катаракта, глаукома, ретинопатия, дағдылы жиырылу, көз торының қабатталуы түріндегі көз жарақатының кейінделген зардаптары, қабаққа массаж жасау қызметі және көз алмасын биостимуляциялау. Көздің көруін хирургиялық жолмен түзетуге байланысты шығындар, оның ішінде лазерді қолдану арқылы, офтальмологиядағы аппараттық-бағдарламалық кешендерді пайдалануға байланысты манипуляциялар;
- 13) пластикалық операциялар, косметологиялық емдеу және сыртқы түрдің немесе дене бітімінің

- кемшілігін түзетуге байланысты басқа емдеу түрлері, жынысын хирургиялық жолмен өзгерту, салмағын түзету және т.б. Ерекшелікті Сақтандыру шартының қолданылу мерзімі ішінде орын алған оқиғаның салдарынан күйікті емдеу кезінде жүргізілетін тері пластикасы құрайды;
- 14) тамақтану және зат алмасу процесінің бұзылуына диагностика қою және емдеу: семіздік, несеп қышқылды диатез, құяң, дистрофия және т.б.;
- эндокринді ауруларға диагностика қою және емдеу: қант диабеті, қалқанша безінің аурулары және олардың салдары (эндокринологтың бастапқы кеңесін және диагнозды қоюға дейінгі бір жолғы зерттеулерді қоспағанда);
- 15) жүйелік аурулар (СКВ, түйінді периартериит, жүйелік склеродермия, Бехтерев ауруы, Шегрен ауруы, Рейтер ауруы, ДОО, дерматомиозит, жүйелік васкулиттер, ревматизм және т.б.), сүйек жүйелерінің ауруы (остеопороз, өкше сүйек сүйелі, дисплазиялар және т.б.), аутоиммунды аурулар (АИТ (зоб), АИГ (гепатит), АИ қан аурулары және т.б.);
- простатиттерге диагностика қою және емдеу (урологтың бастапқы кеңесін және диагнозды қоюға дейінгі қажетті минимум зерттеулерді қоспағанда), урологиялық массаж;
- 16) белсіздікке диагностика қою және емдеу, етеккір мерзімінің бұзылуы, импотенция, контрацепцияның барлық әдістері;
- 17) түзеткіш техниканы іріктеу, сатып алу және жөндету (көзілдіріктер, линзалар, балдақтар, есту аппараттары және басқалары)
- 18) трансплантациялауды немесе протездеуді қажет ететін ағзалар мен тіндер аурулары, оның ішінде эндопротездеу, реконструктивті операциялар, ағзалар мен тіндерді ауыстыру операциялары, сондай-ақ мұндай операциялардың салдары;
- 19) коронароангиография жүргізуге байланысты медициналық шығындар; сондай-ақ жүрекке хирургиялық операциялар (қолқа-тәж шунттау, стентирлеу, ИВР қою және т.б.) тіпті медициналық көрсеткіштері болған кезде де;
- тұқым қуалайтын жетімсіздікке диагностика қою және емдеу (ержегейлік, жыныстық тез жетілу), тұқым қуалайтын, гендік, хромосомдық аурулар және туа біткен және жүре пайда болған даму кемшіліктері, ДЦП;
- аллергиялық созылмалы ауруларға диагностика қою және емдеу, кезек күттірмес шараларды талап ететін жіті жайғдайларды қоспағанда;
- респираторлы аллергиялардың ремиссиясы кезінде пайдаланылатын терапевтік әдістер (мысалы, арнайы гипосенсибилизация, гистаминотерапия және вегетотропты терапия әдістері);
- аллергиялық аурулардың клиникалық-зертханалық ремиссиясы кезеңінде фармакологиялық дәрі-дәрмектерді пайдалану, амбулаторлық және стационарлық емдеу, иммунограмма, ИФА диагностика, физио-терапевтік процедуралар;

20) созылмалы бүйрек жетімсіздігі, созылмалы жүрек жетімсіздігі және созылмалы бауыр жетімсіздігі және гемодиализ жүргізуді талап ететін ағзалар мен тіндердің басқа аурулары, плазмофорез және гемосорбция жүргізу;

21) тыныс жүйесінің созылмалы аурулары: бронхоэктаздық ауру, бронх демікпесі, ХОБЛ (өкпенің созылмалы обструктивті ауруы), өкпенің эмфиземасы және 2-3 кезеңдердегі тыныс алу жетімсіздігімен өкпенің басқа созылмалы аурулары;

22) жүрек-қан тамырлары аурулары: Абрамов-Фидлер миокардиті, кардиомиопатия; жасанды ырғақ жүргізушісін енгізуді талап ететін аурулар; созылмалы ырғақ бұзылысы (жыбырлақ ырғақсыздық, толық АВ қамауы, инфаркттан кейінгі кардиосклероз, жүректің аневризмасы, туа біткен және жүре болған жүрек жетімсіздігі), ІІБ – ІІІ стадиясындағы қан айналым жетімсіздігімен жүрек-қан тамыр жүйесінің созылмалы аурулары;

23) несеп-жыныс жүйелерінің аурулары: көпжылауықты бүйрек; созылмалы гломерулонефрит, ХПН 2-3 ст., бүйректің амилоидозы, нефроангиосклероз, гидронефроз, бүйрек және несеп шығару жолдарының дамуының туа біткен кемшілігі, кез келген шығу тегіндегі шыжың, нефроптоздар;

24) орталық жүйке жүйесінің аурулары: мидағы қан айналымының бұзылысынан кейінгі жай-күй және оны салдары; гепато-церебральды дистрофия (Вильсон-Коновалов ауруы), Альцгеймер ауруы, Паркинсон синдромы, эпилепсия, балалардың церебральды параличі, жарақаттан кейінгі энцефалопатия;

25) диагностика қою мен емдеудің дәстүрлі емес әдістері: иридодиагностика, аурикулодиагностика, жарық диагностикасы, құрғақ және су асты соруы, флотинг - ванналары, қан УФЗ, аутогемотерапия, вакуумды терапия, мануальды терапия, шөппен емдеу, барокамерада емдеу, еңбек терапиясы, гирудотерапия, Фолль бойынша зерттеу, ИФС, биорезонансты терапия, ине-рефлекторлы терапия, су процедурлары; бальнеология: балшықпен емдеу және т.б.; кәсіби аурулар – өндірістік ортаның жайсыз факторларының әсер етуі салдарынан туындайтын аурулар;

26) жіті және созылмалы сәуле аурулары;

27) созылмалы гепатиттер, кез келген этиологиядағы және белсенділік деңгейіндегі цирроздар; егер сақтандыру бағдарламасында басқалай қарастырылмаған болса, қару ұстау, жүргізуші куәлігін алу, сауықтыру мекемелеріне бару, оқу орындарына түсу үшін анықтамалар рәсімдеу, шет елге шығу үшін анықтамалар дайындау мақсатында жүргізілетін медициналық тексерулер;

28) протездеу ортопедияға дайындық, косметология (ағарту, тісті тазалау және тіс жегілерін алу), ортодонтия бойынша стоматологиялық шығындар, егер сақтандыру бағдарламасында басқалай қарастырылмаса; егер басқалай сақтандыру бағдарламасына енгізілмеген болса, босандыруды жүргізумен байланысты кеңес беру және зертханалық-құрал-саймандық зерттеулердің барлық түрлері; жасанды ұрықтандыру және жүктілікті тоқтату және онымен байланысты асқинуларға байланысты шығындар (медициналық көрсеткіштері бойынша жасалған операцияларды қоспағанда);

егер Сақтандыру шартында басқалай қарастырылмаса, диагностикалық зерттеулермен байланысты шығындар: ИФА, ПЦР, РИФ;

қандағы гормондар деңгейін анықтау;

қанды, несепті бактерологиялық, дисбактериозға зерттеу;

29) шұғыл көрсеткіштері бойынша жүргізуді қоспағанда, магнитті-резонансты немесе компьютерлік томография;

30) егер басқалай сақтандыру бағдарламасында қарастырылмаса, алдын алу және жоспарлы түрде емделумен қатысты аурулар бойынша шығындар;

31) алдын алу, емдеу көрсеткіштері бойынша медициналық бұйымдар сатып алу (маскалар, ингаляторлар, қызуөлшеуіштер, бинттер, мақта, лейкопластырь, клизмалар және т.б.).

23. Сақтандыру өтеміне мына медициналық дәрі-дәрмектерді сатып алу кірмейді (сақтандыру жағдайы болып табылмайды):

1) контрацептивті препараттар (емдік көрсеткіштері бойынша тағайындалған жағдайларды қоспағанда);

2) поливитаминдер (тамыр іші және бұлшық ет іші үшін қолданылатын витаминдерден басқа);

туберкулезді емдеу кезінде туберкулезге қарсы препараттар;

биологиялық белсенді қосындылар;

гомеопатиялық препараттар;

3) анорексантты құралдар;

4) косметикалық құралдар;

биологиялық ынталандырушылар (мысалы, адамтамыр тұнбасы);

5) энзимдер (ас сіңіру ферменттерінен бас);

6) антидепрессанттар, ноотроптар.

24. Сақтандыруға қабылданбайтындар:

• ВИЧ-жұқтырғандар;

• қатерлі, оның ішінде онкогематологиялық жаңа өскіндері бар тұлғалар;

• наркологиялық, жүйке-неврологиялық, туберкулез және тері-венерологиялық диспансерлерде есепте тұратын тұлғалар;

• 1 және 2-топ мүгедектері болып табылатын тұлғалар;

• егер Сақтандыру шартының талаптарында басқалай қарастырылмаса, 75 жастан асқан тұлғалар;

• жүрек-қан тамырының және бронх-өкпенің ауыр сырқаттарымен ауыратын тұлғалар (бронх демікпесі, бронхоэктаздық ауру, туа біткен және жүре болған жүрек кемістігі, ІІБ-ІІІ деңгейдегі жүрек жетімсіздігі, ырғақсыздықтың ауыр формалары, инфаркттан кейінгі кардиосклероз және кардиомиопатия);

- бауыр циррозымен және белсенділігі жоғарғы деңгейдегі созылмалы вирусты гепатитпен ауыратын тұлғалар;
 - қант диабетімен ауыратын тұлғалар;
 - тізбесі Қазақстан Республикасы Үкіметінің 04.12.2009 жылғы № 2018 қаулысымен (оның қолданысы тоқтатылғанда оны ауыстыратын басқа актімен) белгіленген айналадағыларға қауіп төндіретін әлеуметтік маңызды сырқаттармен ауыратын тұлғалар.
- Егер Сақтандыру шартының қолданылу мерзімі ішінде Сақтандыру шартының 17-тармағынта көзделген тұлғалардың біріне қатысты жасалғаны анықталса, онда ондай Сақтандырылушыға қатысты сақтандыру қорғанысы тоқтатылады.

6. САҚТАНДЫРУ СОМАСЫ. ФРАНШИЗА

25. Сақтандыру сомасы – оған сақтандыру объектісі сақтандырылған және сақтандыру жағдайы басталған кезде Сақтандырушы жауапкершілігінің шекті көлемін білдіретін ақша сомасы.

26. Сақтандыру шартында (Сақтандыру бағдарламасында) тәуекелдің әрбір түрі не сақтандырумен өтелетін шығындар бойынша сақтандыру сомалары (Сақтандырушы жауапкершілігінің лимиттері) белгіленуі мүмкін.

27. Сақтандыру сомасының (Сақтандырушы жауапкершілігінің лимиттері) мөлшері тараптардың келісімі бойынша анықталады және сақтандыру шартында көрсетіледі. Франшиза – сақтандыру талаптарында қарастырылған, Сақтандырушыны белгілі бір мөлшерден аспайтын залалды өтеуден босату.

28. Шартты франшиза кезінде Сақтандырушы франшизаның белгіленген мөлшерінен аспайтын залалды өтеуден босатылады, бірақ егер оның мөлшері бұл сомадан көп болса, залалды толықтай өтеуге тиіс.

29. Шартсыз франшиза кезінде залал барлық жағдайларда бірдей франшизаның белгіленген сомасы шегеріліп өтеледі.

30. Франшизаның мөлшері мен түрі Сақтандыру шартында көрсетіледі.

7. САҚТАНДЫРУ СЫЙЛЫҚАҚЫСЫ

31. Сақтандыру сыйлықақысы – Сақтанушы Сақтандырушыға оның Пайда алушыға Сақтандыру шартында белгіленген мөлшерде сақтандыру төлемін жүзеге асыру міндетін қабылдағаны үшін төлеуге міндетті ақша сомасы.

32. Сақтандыру сыйлықақысын Сақтандырушы сақтандыру тәуекелінің деңгейін (сақтандыру бағдарламасы) және сақтандыру мерзімін есепке ала отырып, сақтандыру шартын жасасу сәтінде қолданылатын сақтандыру сыйлықақысының мөлшерлемесіне сәйкес белгілейді.

33. Сақтандыру сыйлықақысын төлеу тәртібі мен мерзімі сақтандыру шартында белгіленеді.

8. ТАРАПТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ

34. Сақтандырушы:

- 1) Сақтанушыны Сақтандыру ережесімен (сақтандыру талаптарымен) таныстыруға және егер сақтандыру шарты Сақтанушыға сақтандыру полисін беру арқылы біріктіру шарты нысанында жасалған болса, Сақтандыру ережесінің көшірмесін беруге;
- 2) ұсынылатын қызметтердің сақтандыру шартының талаптарына сәйкес көлемін, мерзімін және санын тексеруге;
- 3) сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру шартында белгіленген мөлшерде, тәртіпте және мерзімде сақтандыру төлемін жасауға;
- 4) Сақтанушы (Сақтандырылушы, Пайда алушы) сақтандыру төлемін жүзеге асыру туралы шешім қабылдау үшін қажетті барлық қажетті құжаттарды тапсырмаған кезде, құжаттардың пакетін толық тапсырмаған сәттен бастап 10 (он) жұмыс күні ішінде өтініш берушіге жетіспейтін құжаттар туралы сақтандыру шартында белгіленген мерзімде хабарлауға;
- 5) Қазақстан Республикасының «Қылмыстық жолмен алынған кірістерді заңдастыруға (жылыстатуға) және терроризмді қаржыландыруға қарсы іс-қимыл туралы» Заңында қарастырылған жағдайларда сақтандыру сыйлықақысын қайтарудан, сақтандыру төлемін жасаудан бас тартуға;
- 6) Сақтанушыға (Сақтандырылушыға) ол сақтандыру жағдайы кезінде залалдарды азайту үшін шығарған шығындарын өтеуге;
- 7) Сақтандыру шарты жоғалтылған кезде Сақтанушының өтініші негізінде оған телнұсқасын беруге;
- 8) Сақтандыру құпиясын қамтамасыз етуге міндетті.

35. Сақтандырушы:

- 1) Сақтанушыдан бұрынғы сақтандыру шарттары, сақтандыру жағдайлары және сақтандыру төлемдері туралы ақпараттарды қоса алғанда, тәуекел деңгейін анықтау, сақтандыру шартын рәсімдеу үшін қажетті мәліметтерді ұсынуды талап етуге;
- 2) осы Сақтандыру ережесінде (сақтандыру шартында) көзделген негіздемелер бойынша сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуға;
- 3) сақтандыру тәуекелінің деңгейі артқан кезде сақтандыру шартының талаптарын қайта қарастыруға, оның ішінде қосымша сақтандыру сыйлықақысын төлеуді талап етуге;
- 4) оған ұсынылған ақпараттар мен құжаттары тексеруге;
- 5) тиісті мемлекеттік органдар мен ұйымдардан, олардың құзіреттеріне қарай сақтандыру жағдайының басталу фактісі мен келтірілген зиянның мөлшерін растайтын құжаттарды сұратуға;
- 6) Сақтанушыдан (Сақтандырылушыдан) сақтандыру жағдайының басталу фактісін, оның туындау жағдайлары мен келтірілген зиян мөлшерін белгілеу үшін қажетті ақпарат пен құжаттарды талап етуге;
- 7) Сақтанушыдан (Сақтандырылушыдан) сақтандыру жағдайы басталған кезде Сақтандырушы ақысын

төлеген, бірақ пайдаланылмаған жол жүру билеттерінің (авиа, автокөлік, теміржол су жолы көлігі) құнын Сақтандырылушыны тұратын еліне эвакуациялау немесе Сақтандырылушының сырқаттануы немесе онымен болған жазатайым жағдайға байланысты сақтандыру аумағында қараусыз қалған Сақтандырылушының балаларын кері қайтару мақсатында кері қайтаруды талап етуге;

8) қажет болған жағдайда сақтандыру шартын жасасу кезінде Сақтандырылушыны медициналық тексеруге жіберуге;

9) Сақтандырылушыға жазбаша негіздеме жібере отырып, сақтандыру жағдайының туындау себептерін және жағдайларын толық анықтағанға дейін сақтандыру төлемін жүзеге асыруды тоқтатуға;

10) Сақтандыру ережесінде (сақтандыру шартында) белгіленген тәртіпте сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзуға;

11) Сақтандыру шартын жасасудан бас тартуға;

12) Сақтанушы (Сақтандырылушы) сақтандыру нәтижесінде өтелген залалдар үшін жауапты тұлғаға қоятын талаптарға құқылы.

36. Сақтанушы:

1) Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталу болжалдылығын және ол басталған жағдайда болжалды залалдардың мөлшерін анықтау үшін маңызды мәні бар өзіне мәлім жағдайларды хабарлауға;

2) Сақтандырушыға басқа сақтандыру компанияларымен (қосарланған сақтандыру) ұқсас сақтандыру шарттарын жасасқаны туралы ақпарат беруге;

3) Сақтандыру шартында белгіленген мөлшерде, тәртіпте және мерзімде сақтандыру сыйлықақысын төлеуге;

4) Сақтандырылушының назарына сақтандыру талаптарын жеткізуге міндетті.

37. Сақтанушы (Сақтандырылушы):

1) Сақтандыру шартын жасасу кезінде сақтандыру жағдайына қатысты бөлігінде дәрігерлердің және медициналық мекеменің басқа қызметкерлерінің Сақтандырушы алдындағы құпиялылықты сақтау міндетінен босатылуына келісім беруге;

2) Сақтандырушыға сақтандыру тәуекелінің барысы туралы ақпарат беруге;

3) Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталғаны туралы сақтандыру шартында көзделген тәртіпте және мерзімде хабарлауға;

4) осы Сақтандыру ережесінің (сақтандыру шартының) талаптарын орындауға;

5) Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының себептері мен салдары, келтірілген залалдың сипаты мен мөлшері туралы пікір қалыптастыруға мүмкіндік беретін барлық қолда бар ақпараттар мен құжаттарды ұсынуға;

6) медициналық көмекке жүгіну фактісін және сақтандыру жағдайлары бойынша шығындарды растайтын құжаттардың орыс немесе қазақ тілдеріне нотариат растаған аудармасымен бірге сақталуын және оларды Сақтандырушыға беруді қамтамасыз етуге;

7) Ассистанстың нұсқауларын орындауға, медициналық қызметтерді алу барысында берілген емдеуші дәрігердің ұйғарымдарына сүйенуге, медициналық мекемеде белгіленген тәртіпке бағынуға;

8) жарақаттану, улану және басқа жазатайым жағдайлар кезінде қандағы алкоголь құрамына медициналық тексеруден өтуге міндетті. Сақтандырылушы мұндай процедурадан өтуден ба тартан кезде Сақтандырушы сақтандыру төлемінен толықтай немесе ішінара бас тартуға құқылы;

9) сақтандыру төлемі туралы шешім қабылдау үшін қажетті құжаттарды орыс немесе мемлекеттік тілдерде тапсыруға міндетті. Егер құжат басқа тілде болса, Сақтанушы (Сақтандырылушы) Сақтандырушыға құжаттың нотариат растаған аудармасын ұсынуға міндетті (қызметтер ақысын Сақтанушы (Сақтандырылушы) өзі төлейді);

10) сақтандыру жағдайының басталуына жауапты тұлғаға талап құқығының Сақтандырушыға өтуін қамтамасыз етуге міндетті.

38. Сақтанушы:

1) Сақтандырушыдан оның төлем қабілеттілігі және қаржылық тұрақтылығы туралы ақпаратты талап етуге;

2) осы Сақтандыру ережесімен танысуға;

3) осы Ережеде (сақтандыру шартында) белгіленген тәртіпте сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзуға;

4) оны жоғалтқан жағдайда сақтандыру шартының телнұсқасын алуға құқылы.

39. Сақтанушы (Сақтандырылушы) сақтандыру шартын басқа тұлғаларға олардың сақтандыру шартында қарастырылған қызметтерді алуы мақсатында беруге құқығы жоқ. Егер Сақтандырылушының басқа тұлғаға сақтандыру шартын осындай мақсатта бергені анықталса, Сақтандырушы ондай Сақтандырылушыға қатысты сақтандыру шартының қолданысын мерзімінен бұрын бұзуға құқылы. Бұл ретте төленген сақтандыру сыйлықасы кері қайтарылмайды.

40. Сақтанушының (Сақтандырылушының) заңнамада, осы Сақтандыру ережесінде және сақтандыру шартында қарастырылған өзге де құқықтары мен міндеттері бар.

9. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫНЫҢ ҚОЛДАНЫЛУ МЕРЗІМІ ІШІНДЕ САҚТАНДЫРУ ТӘУЕКЕЛІНІҢ ӨЗГЕРУІ

41. Сақтандыру шартының қолданылу мерзімі ішінде Сақтанушы (Сақтандырылушы) ол туындаған сәттен бастап кідіртпей, үш күндік мерзім ішінде Сақтандырушыға өзіне белгілі болған, сақтандыру шартын жасасу кезінде Сақтандырушыға мәлімделген жағдайлардағы маңызды өзгерістер туралы, егер ол өзгерістер сақтандыру тәуекелінің артуына барынша әсер ететін болса, дереу хабарлауға міндетті.

Барлық жағдайлар да маңызды деп сақтандыру шартын жасасу кезінде ұсынылған немесе оларда мазмұндалған мәліметтердегі (сақтандыру аумағы, сапар мақсаты, болу мерзімі және т.б.) өзгерістер танылады.

42. Сақтандыру тәуекелінің артуына әкеп соқтыратын жағдайлар туралы хабарланған Сақтандырушы сақтандыру шартының талаптарын өзгертуді және (немесе) көлемі артқан сақтандыру тәуекелін сай қосымша сақтандыру сыйлықақысын төлеуді талап етуге құқылы.

Егер Сақтанушы (Сақтандырылушы) сақтандыру шартының талаптарын өзгеруге немесе қосымша сақтандыру сыйлықақысын төлеуге қарсы болса, Сақтандырушы сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзуға құқылы. Бұл ретте Сақтандырушы кері қайтаратын сомадан 25 % мөлшерінде Сақтандырушының іс жүргізу шығындарын шегеріп, пайдаланылмаған мерзім үшін төленген сақтандыру сыйлықақысын кері қайтарады.

43. Сақтанушы (Сақтандырылушы) осы тараудың 34-тармағында қарастырылған міндеттерін орындамаған кезде Сақтандырушы сақтандыру шартын бұзуды және оны бұзумен келтірілген залалдарды өтеуді талап етуге құқылы.

44. Сақтандырушы сақтандыру тәуекелінің артуына әкеп соқтыратын жағдайлар жоғалған кезде сақтандыру шартын бұзуды талап етуге құқылы емес.

10. САҚТАНУШЫНЫҢ (САҚТАНДЫРЫЛУШЫНЫҢ) САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫ БАСТАЛҒАН КЕЗДЕГІ ӘРЕКЕТТЕРІ

45. Сақтандыру жағдайының белгілері бар және (немесе) оның салдары сақтандыру жағдайының басталуына әкеп соқтыруы мүмкін кез келген жағдай басталған кезде медициналық көмекке (қызметтерге) немесе басқа қосымша қызметке жүгінерден бұрын Сақтандырушы дереу, ол басталған сәттен бастап 24 сағат ішінде Ассистансқа хабарласып, оған мыналарды мәлімдеуге міндетті:

- 1) тегін, атын;
- 2) сақтандыру шартының нөмірі және қолданылу мерзімі;
- 3) өзі тұрған жер, байланыс телефондары;
- 4) орын алған оқиға және қажетті көмек туралы қысқаша ақпарат.

46. Ассистанстан нұсқау алғаннан кейін Сақтандырылушы алған нұсқауларға сай әрекет етуге міндетті.

47. Сақтандыру шартында қарастырылған сақтандыру жағдайы басталған кезде, сондай-ақ Ассистансқа (Сақтандырушыға) сақтандыру шартында белгіленген мерзімде сақтандыру оқиғасының (жағдайының) басталғаны туралы хабарланған жағдайда, Ассистанс Сақтандырушының атынан Сақтандырылушыға медициналық көмектің (қызметтердің) және сақтандыру шартының талаптарын да қарастырылған басқа да қызметтердің көрсетілуін қамтамасыз етеді. Бұл ретте қызметтер шұғыл

медициналық көмекті көрсету үшін қажетті және жеткілікті мөлшерді, сондай-ақ сақтандыру шартында белгіленген франшиза есепке алына отырып, көрсетіледі.

48. Медициналық эвакуацияны, балаларды эвакуациялауды, қайтыс болғаннан кейінгі репатриациялауды ұйымдастыру кезінде Сақтандырушы (Ассистанс) Сақтандырылушының (онымен бірге сапарға шыққан баланың) кері қайту билетін пайдалануға құқылы.

49. Шұғыл жағдайларда, ахуалдың төтеншелілігіне қарай немесе объективті себептер бойынша Сақтанушы (Сақтандырылушы) Ассистансқа хабарласа алмайтын жағдайларда, ол оқиға орнына жақын кез келген медициналық мекемеге барып, оған көрсетілген медициналық қызметтердің ақысын өзі дербес төлеуге құқылы.

Бұл ретте Сақтанушы (Сақтандырылушы):

- 1) орын алған жағдайда сақтандыру жағдайымен байланысты залалдарды азайту үшін орынды және қолжетімді шаралар қабылдауға;
- 2) оқиғаны күзиретті органдардың құжатты түрде ресімдеуін қамтамасыз етуге (оның салдарынан Сақтандырылушының денсаулығына зиян келтірілген немесе ол қайтыс болған оқиғаның сипатына қарай);
- 3) Сақтандырушының және (немесе) Ассистанстың талабы бойынша сақтандыру жағдайымен байланысты диагноз және емдеу туралы құжаттаманы тапсыруға, емдеуші дәрігерді дәрігер құпиясын сақтау міндетінен босата отырып, медициналық құжаттамамен танысуға мүмкіндік беруге;
- 4) физикалық жай-күйі жақсарғанда дереу Ассистансқа (медициналық көмек алған сәттен бастап 24 сағат ішінде, бірақ сақтандыру жағдайы басталған күннен бастап үш жұмыс күнінен кешіктірмей) мыналарды хабарлауға міндетті:
 - а) Сақтандырылушының тегін, атын;
 - б) сақтандыру шартының нөмірін, қолданылу мерзімін;
 - в) Сақтандырылушы жіберілген медициналық мекеменің атауын, мекенжайын, телефон нөмірін;
 - г) емдеуші дәрігердің атын, тегін, орналасқан жерін және телефон нөмірін;
 - д) Сақтандырылушының тұрғылықты тұратын жерінің мекенжайы және азаматтығын.

50. Сақтандырылушы қайтыс болған жағдайда Сақтандырушыға сақтандыру жағдайы туралы хабарлау міндеті Сақтанушыға (Пайда алушыға) жүктеледі.

51. Сақтандырылушының Ассистансқа мезгілімен хабарласуы және онымен медициналық және сақтандыру шартының талаптарына сәйкес өтелетін басқа шығындарды келісу осы тараудың 49-тармағында мазмұндалған жағдайларды қоспағанда, сақтандыру төлемін жүзеге асыру үшін міндетті талап болып табылады.

52. Ассистансты немесе Сақтандырушыны оның салдары сақтандыру жағдайының басталуына әкеп соқтырған оқиға туралы хабардар етпеу (мезгілімен хабардар етпеу) Сақтандырушыға

сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тарту не егер ол сақтандыру жағдайына Сақтандырушының күмәні болмаса, егер Сақтандырушының сақтандыру жағдайының басталғаны туралы мезгілімен хабардар болғаны дәлелденбесе, не оның болмауы Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асыру міндеттерін орындауына әсер ете алмаса, сондай-ақ Сақтанушының (Сақтандырылушының) дәлелді себептермен аталған міндетін орындауға мүмкіндігі болмаған (кері қайтқаннан кейін стационарда емделу, отбасы мүшелерін жерлеу және т.б.) және оны құжатпен растаған жағдайларды қоспағанда, өтелетін шығындардың сомасынан 70% мөлшерінде сақтандыру өтемін жасау құқығын береді.

53. Сақтанушы (Сақтандырылушы) оны тексерген және емдеген дәрігерді Сақтандырушының алдында дәрігер құпиясын сақтау міндетінен босатуға міндетті.

54. Сақтанушы (Сақандырылушы) тоқтаған елінде өзі алған медициналық қызметтері үшін шығындарды төлеген жағдайда, осы Сақтандыру ережесінің барлық талаптары сақталғанда, Сақтанушы (Сақтандырылушы) Сақтандырушыға құжаттарын Қазақстан Республикасына (тұрақты тұратын еліне) келген күннен бастап отыз жұмыс күнінен кешіктірмей тапсыруға міндетті.

11. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫНЫҢ БАСТАЛҒАНЫН РАСТАЙТЫН ҚҰЖАТТАР ТІЗБЕСІ

55. Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асыру туралы шешім қабылдауы үшін Сақтанушы (Сақтандырылушы, Пайда алушы) мыналарды тапсыруға тиіс:

- 1) сақтандыру төлемі туралы жазбаша өтініш;
- 2) сақтандыру шартының түпнұсқасы (телнұсқасы);
- 3) Сақтандырылушы медициналық көмекке жүгінген сәттегі оның денсаулығының жай-күйі, қойылған диагноз, жүргізілген манипуляциялар мен емдер (медициналық қызметтердің калькуляциясы) туралы мәліметтер мазмұндалған медициналық құжаттардың (медициналық рапорт) түпнұсқалары;
- 4) рецептердің, шоттардың, фискалды түбіртектердің, медициналық және сақтандыру шартының талаптарына сәйкес өтелетін басқа қызметтердің ақысына квитанциялардың түпнұсқалары;
- 5) Сақтандырылушының Қазақстан Республикасының және сақтандыру аумағы болып табылатын елдің мемлекеттік шекараларынан өткендігі туралы белгілері шет елдік төлқұжатының көшірмесі;
- 6) Сақтандырылушының (Пайда алушының) жеке басын және оның сақтандыру төлемін алу құқығын куәландыратын құжаттар;
- 7) егер Сақтандырылушы кәмелетке толмаған болса, туу туралы куәлігінің көшірмесі;
- 8) жол жүру билеттерінің түпнұсқалары және көшірмелері;
- 9) Пайда алушының есеп шоты туралы мәліметтер;
- 10) жазатайым жағдай кезінде – сақтандыру жағдайының басталу фактісі мен себептерін растайтын құжаттар:

жол-көлік оқиғасы (ЖКО) кезінде – жол полициясы актілерінің түпнұсқалары немесе көшірмелері; үшінші тұлғаларға зиян келтіру кезінде – Сақтандырылушыны жәбірленуші деп тану туралы қаулы және полицияның актісі; өрт кезінде – өрт туралы акт.

56. Сақтандырылушы қайтыс болған кезде қосымша мыналар тапсырылады:

- 1) Сақтандырылушының қайтыс болу себебі туралы деректерден тұратын, заңнамалық актілерде қарастырылған құжаттардың нотариат растаған көшірмелері (сот-медицина сараптамасының қорытындысы және т.б.);
- 2) қайтыс болу туралы куәліктің түпнұсқасы немесе нотариат растаған көшірмесі;
- 3) патологиялық-анатомиялық зерттеу туралы нәтижелер (Сақтандырушының талабы бойынша);
- 4) Сақтандырылушыны қайтыс болғаннан кейін репатриациялауды растайтын құжаттар: жүкті тасымалдау құжаттары - 200, мүрдені бальзамдау шығыстарын растайтын квитанциялар, түбіртектер, табыттың құны.

Төлем құжаттары Пайда алушының атына рәсімделуі тиіс.

Егер бұл қызметтердің ақысын Сақтандырылушы тірі кезінде төлеген болса, сақтандыру төлемі құжатты түрде расталған, сақтандыру төлемін алуға заңды құқыға бар тұлғаға төленеді.

57. Балаларды эвакуациялау кезінде және (немесе) Сақтандырылушыға ілесетін тұлға ол уақытта тоқтаған елдегі медициналық мекемеге жедел жетуі кезінде егер аталған шығындарды өтеу сақтандыру шартында қарастырылған болса, жүру билеттерінің түпнұсқаларын немесе тиісті түрде куәландырылған көшірмелерін ұсыну қажет.

58. Сақтандырушы егер олардың болмауынан сақтандыру жағдайының салдарын және себептерін, залалдардың мөлшерін анықтау мүмкін болмаса, сақтандыру жағдайына қатысы бар қосымша құжаттарды сұратуға құқылы, оның ішінде Сақтандырылушының сапарға дейінгі денсаулығының жай-күйі туралы қажетті ақпаратты да (амбулаторлық картаны, үзінді көшірмелерді, медициналық қорытындыларды, зерттеу нәтижелерін және т.б.).

59. Құжаттарды қабылдаған Сақтандырушы ұсынылған құжаттардың толық тізбесін, оларды қабылдау күнін көрсетіп, екі данада анықтама ресімдейді, оның бір данасын өтініш берушіге береді.

60. Сақтанушы (Сақтандырылушы, Пайда алушы) сақтандыру төлемін жүзеге асыру үшін қажетті құжаттардың барлығын ұсынбаса, Сақтандырушы сақтандыру төлеміне өтініш алған күннен бастап 10 (он) жұмыс күні ішінде оларды көрсетіп, өтініш берушіні жазбаша хабардар етеді.

61. Сақтандыру жағдайына жататын шет тілінде жасалған құжаттар аударма агенттігінің мөрі басылып, мемлекеттік немесе орыс тілдеріне аударылып ұсынылуы керек.

62. Сақтандырушы талап қойған күннен бастап төрт жұмыс күні ішінде Сақтандырылушы сақтандыру жағдайының басталғанын растау, диагнозды қою мақсатында медициналық

қуәландырудан өтуі және оның нәтижелерін тапсыруы тиіс.

Залалдардың мөлшерін анықтау. Сақтандыру төлемін жүзеге асыру тәртібі мен талаптары

63. Сақтандыру төлемі – сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру сомасының шегінде Пайда алушыға төленетін ақша сомасы.

64. Осы Сақтандыру ережесінің талаптарына сәйкес Пайда алушы мыналар болуы мүмкін: медициналық ассистанс қызметтерін ұсынатын ұйым;

сақтандыру шартында белгіленген жағдайларда көрсетілген медициналық қызметтердің ақысын өзі төлеген Сақтанушы (Сақтандырылушы);

Сақтандырылушы қайтыс болған жағдайда сақтандыру төлемін алуға заңды құқығы бар тұлға;

Сақтандырылушыны қайтыс болғаннан кейін репатриациялау шығынын көтерге тұлға; шығындарды өтеген тұлға.

65. Сақтандырушы сақтандыру төлемін мына жолмен төлейді:

1) Сақтандырылушыға көрсетілген қызметтердің шығысы осы Сақтандыру ережесінде (Сақтандыру бағдарламасында) немесе сақтандыру шартында белгіленген мөлшерде, медициналық құжаттардың және ассистанс берген шоттардың негізінде өтеледі;

2) Сақтанушының (Сақтандырылушының) шығындары осы Сақтандыру ережесінде не сақтандыру шартында қарастырылған жағдайларда ондай шығындарды растайтын құжаттардың негізінде өтеледі.

66. Залалдардың мөлшері Сақтандырылушы нақты жасаған, сақтандыру шартының талаптарына сәйкес төлем құжаттарының түпнұсқаларымен расталған медициналық шығындар негізінде белгіленеді.

67. Сақтандырылушы сақтандыру шарты қолданылатын кезеңде шетелде уақытша болған уақытта орын алған бір немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары үшін сақтандыру төлемінің сомасы Сақтандырушының сақтандыру шартында әрбір сақтандыру жағдайы (тәуекелі, медициналық қызметтер және т.б.) үшін белгіленген жауапкершілігінің шекті көлемінен артық болмайды.

68. Сақтандыру төлемі сақтандыру оқиғасы (жағдайы) басталған күнге Қазақстан Республикасы Ұлттық Банкінің шет ел валютасын айырбастау бағамы бойынша теңгемен жүргізіледі.

69. Осы Сақтандыру ережесінің 49-тармағында қарастырылған жағдайларда сақтандыру төлемін алу үшін Сақтанушы (Сақтандырылушы) Қазақстан Республикасының аумағына (тұрақты тұратын еліне) кері қайтқан күннен бастап 30 (отыз) жұмыс күні ішінде Сақтандырушыға жолығуға міндетті.

70. Сақтандырылушы қайтыс болған жағдайда сақтандыру төлеміне өтініш сақтандыру жайдайының басталғанын растайтын құжаттар бірге тіркеліп, Сақтандырылушының мүрдесі Қазақстан Республикасының аумағына кері қайтарылған күннен бастап 20 (жиырма) жұмыс күні ішінде Сақтандырушыға ұсынылуы тиіс.

71. Осы тараудың 69-70-тармақтарында белгіленген мерзімдер сақталмаған жағдайда Сақтандырушы сақтандыру төлемінен бас тартуға құқылы.

72. Сақтандырушы мына жағдайларда сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуға құқылы, егер:

1) Сақтандырылушы осы Сақтандыру ережесінің 49-тармағында белгіленген жағдайларды қоспағанда, медициналық қызметтерді Ассистанстың нұсқауларын бұзып, басқа медициналық мекемелерде алса;

2) медициналық қызметтерді сақтандыру шары бойынша Сақтандырылушы болып табылмайтын тұлға алса;

3) Қазақстан Республикасының заңнамасында, сақтандыру шартында және осы Сақтандыру ережесінде көзделген басқа негіздемелер бойынша.

73. Егер сақтандыру жағдайы мыналар салдарынан болса, Сақтандырушы сақтандыру төлемінен толықтай немесе ішінара бас тартуға құқылы:

1) Сақтанушының, Сақтандырылушының және (немесе) Пайда алушының сақтандыру жағдайының туындауына бағытталған не оның басталуына әсер ететін қасақана әрекеттері, бұған қажетті қорғаныс және ерекше қажеттілік жағдайында жасалғандар кірмейді;

2) Сақтанушының, Сақтандырылушының және (немесе) Пайда алушының Қазақстан Республикасының заңнамалық актілерінде белгіленген тәртіпте сақтандыру жағдайымен себепті байланыстағы қылмыстық немесе әкімшілік құқықбұзушылықтар деп танылған әрекеттері;

3) Сақтандырылушының тыйым салатын (сақтандыратын) қауіпсіздік немесе шектеу («Суға түсуге болмайды», «Өтуге тыйым салынған» және т.б.) белгілерін елемей салдарынан оның жарақат алуы немесе қайтыс болуы;

4) Сақтандырылушының көлік құралын оны басқаруға құқығы болмай басқару салдарынан орын алған жазатайым жағдай.

74. Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас таруы үшін негіздемсі мыналар бола алады:

1) Сақтанушының (Сақтандырылушының, Пайда алушының) Сақтандырушы сақтандыру объектісі, сақтандыру тәуекелі, сақтандыру жағдайы және оның салдары туралы қасақана жалған мәліметтер беруі;

2) Сақтанушының (Сақтандырылушының, Пайда алушының) сақтандыру жағдайынан болатын залалдарды азайту үшін шараларды қасақана қабылдамауы;

3) Сақтанушының (Сақтандырылушының, Пайда алушының) Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталу жағдайларын тергеуге және ол келтірген залал мөлшерін белгілеуге кедергі келтіруі;

- 4) Сақтандырушыға (Ассистансқа) сақтандыру жағдайының басталғаны туралы хабарламауы;
- 5) Сақтанушының (Сақтандырылушының) осы Сақтандыру ережесінің (сақтандыру шартының) талаптарын сақтамауы;

6) заңнамалық актілерде қарастырылған басқа жағдайлар.

Сақтандырушыны осы бапта қарастырылған оның заңсыз әрекеттері бойынша Сақтанушы алдындағы сақтандыру жауапкершілігінен босату Сақтандырушыны бір мезгілде Сақтандырылушыға немесе Пайда алушыға сақтандыру төлемін жүзеге асырудан босатады.

75. Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асыру немесе одан бас тарту туралы шешімді осы Сақтандыру ережесінің 20-бөлімінде қарастырылған барлық қажетті құжаттарды алған күннен бастап 15 (он бес) жұмыс күні ішінде қабылдайды.

76. Сақтандыру жағдайымен себепті-салдарлы байланыстағы байланыстағы Сақтандырылушыға қатысты қылмыстық іс қозғалған жағдайда Сақтандырушы сақтандыру төлемі туралы шешім қабылдауды құқық қорғау органдары қылмыстық істі тоқтату туралы шешім шығарған күнге дейін немесе соттың шешімі шыққан күнге дейін кері шегеруге құқылы.

77. Сақтандыру төлемінен бас тарту туралы шешім қабылдау кезінде Сақтандырушы өтініш берушіге бас тарту себептерін негіздеп, жазбаша нысанда шешімді қабылдаған күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні ішінде хабарлайды.

78. Сақтандырушы сақтандыру төлемі туралы шешім қабылдаған күннен бастап 10 (он) жұмыс күні ішінде сақтандыру төлемін төлейді.

79. Сақтандырушы сақтандыру төлемін мезгілімен жүзеге асырмағаны үшін Қазақстан Республикасы Азаматтық кодексінің 353-бабына сәйкес жауап береді.

12. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫН ЖАСАСУ ТӘРТІБІ

80. Сақтандыру шарты Сақтандырылушы шет елге шыққанға дейін, сақтандыру шартының ажырамас бөлігі болып табылатын, Сақтандырушы белгілеген өтініш-анкета нысаны бойынша ресімделген Сақтанушының жазбаша өтініші негізінде жасалады.

81. Сақтандыру шарты жазбаша нысанда:

- 1) Тараптардың сақтандыру шартын жасауы арқылы;
- 2) Сақтанушыны Сақандырушы әзірлеген (біріктіру шарты) типтік талаптарға (Сақтандыру ережесі, сақтандыру бағдарламасы) бір жақты тәртіпте қосу және Сақтандырушының Сақтанушыға сақтандыру полисін беруі арқылы жасалады.

Сақтандыру шартын Сақтанушыға сақтандыру полисін беру арқылы біріктіру шарты нысанында жасасу кезінде Сақтандырушы Сақтанушыны Сақтандыру ережесімен таныстыруға және оған оның көшірмесін беруге міндетті.

82. Сақтандыру шарты:

- 1) шет елдік бір сапар кезеңіне;
- 2) бірнеше шет елдік сапарды есепке ала отырып, белгіленген уақыт кезеңіне жасалады, бірақ күнтізбелік бір жылдан артық емес кезеңге.

83. Сақтандыру шартын жасасу кезінде Сақтанушы Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталу болжалдылығын және оның басталуынан болжалды залалдар мөлшерін анықтау үшін маңызды мәні бар, Сақтанушыға белгілі барлық мәліметтерді (сапардың мақсаты, болжалды қызмет түрі, спортпен айналысу, сапарға қарсы көрсетілімдер және басқа маңызды мәліметтер) хабарлауға міндетті.

84. Егер сақтандыру шартын жасасқаннан кейін Сақтанушының өз денсаулығы немесе Сақтандырылушының денсаулығы туралы жалған мәліметтер бергені белгілі болса, Сақтандырушы сақтандыру шартын әрекетсіз деп тануды, қазіргі заңнамада қарастырылған салдарды қолдануды талап етуге, сондай-ақ сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру төлемінен бас тартуға құқылы.

85. Сақтандыру шары жоғалтылған жағдайда Сақтандырушы Сақтанушының жазбаша өтініші негізінде сақтандыру шартының телнұсқасын береді, одан кейін жоғалтылған сақтандыру шарты әрекетсіз деп танылады және ол бойынша сақтандыру төлемі жасалмайды.

13. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫНЫҢ ҚОЛДАНЫЛУ ОРНЫ ЖӘНЕ МЕРЗІМІ

86. Сақтандыру аумағы болып сақтандыру шартында көрсетілген, Сақтандырылушының уақытша тоқтаған елінің аумағы табылады.

87. Сақтандыру шарты Сақтандырылушы тұрақты тұратын немесе оның азаматтығы бар елде қолданылмайды.

88. Сақтандыру аумағынан мыналар шығарылады:

- 1) оның аумағына кіруге Қазақстан Республикасының Шет ел істері министрлігі ұсыным бермееген мемлекеттердің аумағы;
- 2) оның аумағында әскери шаралар немесе лаңкестік операциялар жүргізіліп жатқан мемлекеттердің аумағы;
- 3) олардың аймағында эпидемия ошағы анықталған аумақ;
- 4) оған Сақтандырылушы тұрақты тұру және сол шарттарда тұру үшін шыққан елдің аумағы.

89. Сақтандыру шарты сақтандыру сыйлықақысы төленген жағдайда сақтандыру шартында көрсетілген күннен бастап күшіне енеді және сақтандыру шартында оның қолданысының аяқталған күні ретінде көрсетілген күннің 24-сағатына дейін әрекет етеді.

Оның ішінде сақтандыру шарты қолданылатын нақты күндер саны сақтандыру шартында көрсетіледі.

90. Айрықша жағдайларда шет елдегі Сақтанушының (Сақтандырылушының) сервистік компания арқылы алынған сұранысы бойынша сақтандыру шартының әрекеті Сақтандырушының келісімі бойынша ұзартылуы мүмкін (сақтандыру полисін қоспағанда), егер Сақтанушы Сақтандырушыға өзінің

ниеті туралы үш күн бұрын жазбаша хабарлаған болса. Хабарлама сақтандыру шартының қолданысы аяқталған күнге дейінгі кем дегенде екі күн бұрын алынуы керек.

91. Сақтандыру қорғанысының әрекеті Сақтандырылушының шет елде нақты болу мерзіміне ғана таратылады.

92. Сақтандыру шарты мына жағдайлардың бірі бойынша мерзімінен бұрын тоқтатылады:

- 1) Сақтанушы болып табылмайтын Сақтандырылушы қайтыс болғанда, егер ол ауыстырылмаса;
- 2) сақтандыру жағдайының басталу мүмкіндігі жоғалғанда және сақтандыру тәуекелі сақтандыру жағдайынан басқа жағдайлар бойынша тоқтатылғанда;
- 3) Сақтандырушы Қазақстан Республикасының заңнамалық актілерінде қарастырылған тәртіпте берген сақтандыру полисіне енгізілген талаптар мен мәліметтер өзгергенде;
- 4) виза беруден бас тартылғанда, ол құжатпен расталса;
- 5) қазіргі заңнамада, сақтандыру шартында қарастырылған басқа жағдайларда.

Аталған жағдайларда сақтандыру шарты сақтандыру шартын тоқтату үшін негіздеме ретінде қарастырылған жағдайлар туындаған сәттен бастап тоқтатылған болып саналады, ол туралы мүдделі тарап басқа тарапқа дереу хабарлауы тиіс.

93. Тараптар сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзуға құқылы.

Сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзу туралы тараптар бір-біріне сақтандыру шартын бұзудың болжалды күніне дейін күнтізбелік 2 (екі) күн бұрын хабарлауға міндетті.

94. Сақтандыру шарты Ереженің 92-тармағында көзделген негіздемелер бойынша сақтандыру қорғанысының әрекеті басталғанға дейін мерзімінен бұрын бұзылған кезде төленген сақтандыру сыйлықақысы толық көлемінде қайтарылуға жатады.

95. Кез келген жағдайда Сақтандырушы егер оның мөлшері 1000 (мың) теңгеден аз болса, сақтандыру сыйлықақысының бөлігін кері қайтармайды.

96. Сақтандыру шартын сақтандыру қорғанысының әрекеті басталған сәттен бастап бұзу кезінде, егер Сақтандырушыға сақтандыру жағдайы туралы хабарлама жөнелтілген болса, сақтандыру сыйлықақысы (оның бөлігі) кері қайтарылмайды.

97. Сақтандыру шартын Сақтанушы кез келген негіздеме бойынша сақтандыру шартының (сақтандыру қорғанысының) әрекеті басталғанға дейін бұзған кезде Сақтандырушы Сақтанушыға төленген сақтандыру сыйлықақысының сомасын кері қайтару кезінде 200 (екі жүз) теңге мөлшеріндегі сақтандыру шартының пайдаланылған бланкісінің құнын ұстап қалуға құқылы.

98. Сақтанушы сақтандыру шартынан бас тартқан кезде, егер ол осы тараудың 92-тармағында көзделген жағдайлармен байланысты болмаса, Сақтандырушыға төленген сақтандыру сыйлықақысы не сақтандыру жарналары кері қайтарылмайды.

99. Сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзу оның талаптарын Сақтандырушының орындамау-

ынан болған болса, ол Сақтанушыға ол төлеген сақтандыру сыйлықақысын не сақтандыру жарналарын толықтай қайтаруға міндетті.

14. ТЕЖЕУСІЗ КҮШ ЖАҒДАЙЛАРЫ

100. Тараптар егер олар өз міндеттерін тиісінше орындау тежеусіз күш жағдайларының (форс-мажор), яғни, олардың себебінен сақтандыру шарты бойынша тараптардың міндеттерін орындауы мүмкін болмаған төтенше және ырық бермес жағдайлардың нәтижесінде мүмкін болмағанын дәлелдесе, жауапкершіліктен босатылады.

101. Тараптардың кез келгенінің сақтандыру шарты бойынша міндеттерін толықтай немесе ішінара орындау мүмкін болмаған жағдай басталған кезде міндеттерді орындау ондай жағдайлар әрекет ететін уақытқа сай кері шегеріледі.

102. Егер форс-мажор жағдайлары үш айдан артық мерзімге созылатын болса, онда тараптардың әрқайсысы сақтандыру шарты бойынша міндеттерін одан әрі орындаудан бас тартуға құқылы. Бұл жағдайда тараптардың ешқайсысы екінші тараптан сақтандыру шартын бұзумен келтірілген залалдарды өтеуді талап етуге құқылы емес.

103. Сақтандыру шарты бойынша міндеттерін орындау мүмкін болмаған тарап жиырма күндік мерзім ішінде басқа тарапқа міндеттерін орындауға кедерге келтіретін жағдайлардың басталғаны немесе аяқталғаны туралы хабарлауы тиіс.

15. ДАУЛАРДЫ ШЕШУ ТӘРТІБІ

104. Сақтандыру шартынан туындайтын даулар келіссөздер жолымен шешіледі.

105. Тараптар келісімге қол жеткізбеген жағдайда дау Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіпте қарастырылады.

16. ҚОСЫМША ТАЛАПТАР

106. Осы Сақтандыру ережесінің негізінде Сақтандырушы қазіргі заңнамаға кереғар келмейтін қосымша талаптардан тұратын сақтандыру бағдарламаларын (сақтандыру шарттарын) әзірлеуі мүмкін.

107. Осы Сақтандыру шартында реттелмеген бөлігінде қазіргі заңнама қолданылады.

108. Сақтандыру шартына (сақтандыру полисін қоспағанда) өзгерістер мен толықтырулар енгізу қосымша келісім жасасу арықылы, Тараптардың бірінің басқа тараптың оны алғандығын растайтын кез келген тәсілмен, оның ішінде электронды поштамен жіберілген өтініші негізінде жүргізіледі.

109. Сақтандыру полисіне енгізілген талаптар мен мәліметтер өзгерген кезде ол өзінің әрекетін мерзімінен бұрын тоқтатады.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ «ПУТЕШЕСТВЕННИК»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Правила добровольного страхования лиц, выезжающих за рубеж (далее – Правила страхования) разработаны в соответствии с законодательством Республики Казахстан, внутренними нормативными документами «Дочерняя страховая компания Народного банка Казахстана «Халык-Казахинстрах» и регламентируют условия страхования, порядок заключения, сопровождения и исполнения договора добровольного страхования лиц, выезжающих за рубеж (далее – договор страхования).

2. На условиях настоящих Правил страхования Акционерное общество «Дочерняя страховая компания Народного банка Казахстана «Халык-Казахинстрах» заключает договоры страхования с юридическими и дееспособными физическими лицами.

3. Основные понятия, используемые в Правилах страхования:

- 1) **внезапное заболевание** – неожиданное расстройство здоровья застрахованного лица, характеризующееся возникновением различных форм нарушений функций организма, требующее срочного медицинского вмешательства с целью предотвращения дальнейшего ущерба здоровью или угрозы жизни;
- 2) **врач** – физическое лицо, имеющее профессиональное медицинское образование и осуществляющие медицинскую деятельность;
- 3) **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с договором страхования является получателем страховой выплаты;
- 4) **заболевание** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями;
- 5) **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Если иное не предусмотрено договором страхования Застрахованными могут являться лица, возраст которых на момент начала действия страховой защиты составляет от 0 до 75 лет.
- 6) **медицинская транспортировка** – доставка Застрахованного по экстренным медицинским показаниям, в связи с необходимостью оказания медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях, до ближайшего медицинского учреждения специализированным либо обычным транспортным средством;
- 7) **медицинская эвакуация** – перевозка Застрахованного (при наличии медицинских показаний, а так же транспортальности Застрахованного, подтвержденной лечащим врачом, с сопровождающим его лицом) с территории страны временного пребывания (территории страхования) до первого ближайшего к постоянному месту жительства Застрахованного международного аэропорта, когда:
а) расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный договором страхования

лимит, и Застрахованный не имеет возможности (отказывается) оплатить разницу между стоимостью предполагаемых медицинских расходов и суммой установленного договором страхования лимита; б) отсутствует возможность оказания Застрахованному требуемой медицинской помощи в стране временного пребывания (территории страхования).

Медицинская эвакуация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением врача Страховщика, на основании документов местного лечащего врача, и при отсутствии медицинских противопоказаний.

Расходы по медицинской эвакуации покрываются в пределах установленной в договоре страхования страховой суммы;

8) **медицинские расходы** – неизбежные, необходимые траты, возникающие во время пребывания Застрахованного на территории страхования, связанные с возникшим заболеванием и необходимостью оказания медицинской помощи (диагностикой, терапевтическим и/или хирургическим лечением), предписанной квалифицированным практикующим врачом, которые не могут быть отложены до возвращения Застрахованного на место его постоянного проживания (гражданства) в Республике Казахстан;

9) **медицинский ассистанс** – Представитель Страховщика. Юридическое лицо, которое на основании Договора сотрудничества со Страховщиком, осуществляет услуги по организации и оказанию медицинских и иных услуг согласно категории, выбранной Страхователем согласно условиям Договора на территории страхования; ;

10) **медицинское учреждение (медицинская сеть)** – юридическое лицо, с которым(и) Представитель Страховщика заключил договоры на оказание услуг Застрахованным; ;

11) **несчастный случай** – наступившее вопреки воле Застрахованного внезапное, кратковременное событие (происшествие) в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на его организм, повлекшее за собой вред здоровью либо смерть;

12) **острое заболевание** – заболевание, возникшее внезапно, в период действия договора страхования и требующее оказания неотложной медицинской помощи, при этом медицинская помощь должна быть оказана немедленно, т.е. в первые сутки после возникновения случая, и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечёт за собой развитие тяжёлых необратимых состояний, вплоть до летального исхода;

13) **репатриация** – организация сервисной компанией транспортировки тела умершего застрахованного до ближайшего международного аэропорта в Республике Казахстан, либо международного аэропорта страны гражданства/постоянного проживания;

14) **сопровождающее лицо** – член семьи (родственник) или иное лицо, имеющее возможность выехать за рубеж для сопровождения Застрахованного, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям;

15) **спорт** – сфера социально-культурной деятельности как совокупность видов спорта (совокупность физических упражнений или интеллектуальных способностей в состязательной деятельности), сложившаяся в форме спортивных соревнований и специальной подготовки человека к ним;

16) **срочный проезд сопровождающего лица** – продиктованная чрезвычайностью ситуации и строго по медицинскому предписанию врача, необходимость проезда сопровождающего лица в медицинское учреждение госпитализации Застрахованного в стране временного пребывания (если Застрахованный путешествовал в одиночку);

17) **Страхователь** – лицо, заключившее договор страхования со Страховщиком и уплатившее страховую премию;

18) **Страховщик** – Акционерное общество «Дочерняя страховая компания Народного банка Казахстана «Халык-Казахинстрах», зарегистрированное в качестве страховой организации и имеющее лицензию на право осуществления страховой деятельности на территории Республики Казахстан;

19) **территория страхования** – территория, указанная в договоре страхования, на которую распространяется действие страховой защиты;

20) **эвакуация детей** – возвращение детей (в возрасте до 18 лет), совершающих совместную поездку с Застрахованным и оставшихся без присмотра в связи с внезапным заболеванием Застрахованного, до ближайшего международного аэропорта страны гражданства/постоянного места жительства;

21) **экстренный случай** – непредвиденное событие (внезапное заболевание, несчастный случай), вследствие чрезвычайности которого Застрахованный лишен возможности связаться с Ассистанс или Страховщиком;

22) **экстренная медицинская помощь** – медицинская помощь, требующая безотлагательного медицинского вмешательства для предотвращения существенного вреда здоровью или устранения угрозы жизни при внезапных острых заболеваниях, травмах, резком ухудшении состояния здоровья, обострении хронических заболеваний в соответствии с перечнем, определяемым договором страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

4. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с расходами Застрахованного на получение услуг в соответствии с категорией, выбранной Страхователем и указанной в Договоре страхования, возникших вследствие несчастного случая и (или) внезапного заболевания, в период его пребывания на территории страхования в период действия страховой защиты.

3. МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ

5. Медицинские показания - объективные причины и условия для получения тех или иных медицинских услуг по диагностике и лечению заболевания, послужившего причиной обращения в Медицинскую сеть Представителя Страховщика у конкретного Застрахованного, в соответствии с Правилами страхования, Договором страхования и Категорией страхования.

6. Медицинские услуги и медикаменты считаются назначенными в соответствии с Медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения заболевания Застрахованного.

7. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с Медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты, были назначены не для лечения и диагностики, а исключительно для извлечения материальной выгоды Застрахованным вступившим в сговор с врачом, медицинской организацией или аптекой, что установлено вступившим в законную силу решением суда/приговором суда, решением уполномоченных органов или иных лиц, либо если установление факта такого сговора осуществлено иным способом.

8. Экстренные показания к стационарному лечению:

- бессознательное состояние;
- наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;
- ожоги и обморожения;
- нарушения анатомической целостности организма;
- отравления;
- аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса);
- судороги;
- острые хирургические состояния;
- острая почечная недостаточность;
- острая печеночная недостаточность;
- острая церебральная недостаточность;
- острая дыхательная недостаточность;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность;
- острый инфаркт миокарда;
- гипертонический криз;
- нестабильная стенокардия;
- шок любой этиологии.

Лечебные показания к стационарному лечению – при состоянии Застрахованного, которое не тре-

бует оказания ему экстренной, неотложной медицинской помощи, но существует необходимость проведения комплекса лечебно-диагностических мероприятий только в условиях постоянного пребывания Застрахованного в медицинской организации вследствие необходимости непрерывного врачебного контроля за его медицинским состоянием или технической сложности проводимых лечебно-диагностических процедур.

9. При организации стационарного лечения по экстренным и лечебным показаниям, выбор медицинской организации и отделения осуществляется по согласованию с Медицинским ассистансом и/или Страховщиком.

10. В ходе курса стационарного лечения, как по экстренным, так и по лечебным показаниям, Страховщиком покрываются диагностика и лечение, связанное только с основным заболеванием и сопутствующими заболеваниями, находящиеся в причинно-следственной связи с основным заболеванием Застрахованного.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

11. Страховой случай – событие, обладающее признаками вероятности и случайности, с наступлением которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты.

12. Страховым случаем признается (является) возникновение непредвиденных расходов Страхователя (Застрахованного), в соответствии с выбранной категорией страхования, в период действия страховой защиты во время его нахождения за рубежом (на территории страхования), связанное с обращением Застрахованного в сервисную компанию/Ассистанс за экстренной медицинской помощью, вследствие внезапного и острого заболевания, или/и иного расстройства здоровья.

Право выбора категории страхования принадлежит Страхователю. Виды расходов, покрываемых страхованием, определяются в зависимости от выбранной Страхователем категории:

12.1. Категория «Standart-travel».

При страховании по данной категории Страховщик, в случае внезапного заболевания Застрахованного и/или иного расстройства здоровья, произошедшего с Застрахованным, обязуется через сервисную компанию/Ассистанс:

- 1) организовать предоставление медицинской помощи и оплатить возникшие в связи с этим расходы Застрахованному в стране временного пребывания;
 - 2) за свой счет организовать перемещение Застрахованного в одну из ближайших больниц страны временного пребывания;
 - 3) за свой счет организовать перемещение (эвакуацию) Застрахованного до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства и оплатить расходы;
- в каждом конкретном случае решение об эвакуации, выборе клиники и выборе вида транспорта при-

нимается врачом сети Ассистанс компании или врачом Страховщика. Без указанного согласования Страховщик не возмещает расходы по эвакуации, транспортные и иные расходы Застрахованного;

4) за свой счет организовать перевозку тела (репатриацию) Застрахованного в случае его смерти из страны временного пребывания до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства. При этом Страховщик не несет расходов на ритуальные услуги и погребение, а также расходы на репатриацию тела, осуществленную без ведома и согласия Страховщика либо его представителя – Ассистанс компании.

5) организовать оказание экстренной стоматологической помощи, связанной с болеутоляющим лечением естественного (натурального) зуба, а именно терапевтической стоматологической помощи включающей и ограничивающейся:

- экстракцией натуральных зубов, но не более 2-х одновременно, включая лечение перекоронарита, вскрытие абсцесса, резекцию корня зуба, наложение швов;
- денервацией и депульпированием зубов при среднем и глубоком кариесе, включая стоимость материалов временной пломбы;
- острым периодонтитом;
- острым стоматитом;
- острым пульпитом;
- хирургической стоматологической помощи, включающей и ограничивающейся лечением анатомической целостности зубочелюстного аппарата (вывихи челюсти, переломы костей челюсти), и оплатить возникшие расходы, но не более 15 000 (пятнадцать тысяч) тенге, исключением является и Страховщиком не покрывается: ортодонтия, ортопедия, косметология, протезирование и подготовка к нему.

12.2. Категория «Best-travel»

При страховании по данной категории Страховщик в случае внезапного заболевания или иного расстройства здоровья, произошедшего с Застрахованным через сервисную компанию/Ассистанс обязуется:

- 1) организовать предоставление медицинской помощи и оплатить возникшие в связи с этим расходы Застрахованному в стране временного пребывания;
- 2) за свой счет организовать перемещение Застрахованного в одну из ближайших больниц страны временного пребывания;
- 3) за свой счет организовать перемещение (эвакуацию) Застрахованного до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства.

В каждом конкретном случае решение об эвакуации, выборе клиники и выборе вида транспорта принимается врачом сети Ассистанс компании. Без указанного согласования Страховщик не возмещает расходы по эвакуации, транспортные и иные расходы Застрахованного;

4) за свой счет организовать перевозку тела (репатриацию) Застрахованного в случае его смерти из страны временного пребывания до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства и оплатить возникшие расходы. При этом Страховщик не несет расходов на ритуальные услуги и погребение, а также расходы на репатриацию тела, осуществленную без ведома и согласия Страховщика либо его представителя / Ассистанс компании;

5) организовать оказание экстренной стоматологической помощи, связанной с болеутоляющим лечением естественного (натурального) зуба, а именно терапевтической стоматологической помощи, включающей и ограничивающейся:

- экстракцией натуральных зубов, но не более 2-х одновременно, включая лечение перекоронарита, вскрытие абсцесса, резекцию корня зуба, наложение швов;
- денервацией и депульпированием зубов при среднем и глубоком кариесе, включая стоимость материалов временной пломбы;
- острым периодонтитом;
- острым стоматитом;
- острым пульпитом;

• хирургической стоматологической помощи, включающей и ограничивающейся лечением анатомической целостности зубочелюстного аппарата (вывихи челюсти, переломы костей челюсти), и оплатить возникшие расходы, но не более 30 000 (тридцати тысяч) тенге, исключением является и Страховщиком не покрывается: ортодонтия, ортопедия, косметология, протезирование и подготовка к нему;

б) в случае госпитализации либо смерти Застрахованного организовать и оплатить расходы по возвращению его детей в возрасте до 16 лет, если они остались без присмотра, из страны временного пребывания до постоянного места жительства. При этом Страховщик оставляет за собой право использовать их билет – произвести возврат билета в компанию перевозчика и получить компенсацию, либо произвести обмен билета на более ранний либо поздний срок в целях возврата детей;

7) оплатить билет в оба конца родственнику Застрахованного при нахождении Застрахованного в больнице более 10 календарных дней и отсутствии с ним кого-либо из родственников при условии, что присутствие родственника необходимо.

12.3. Категория «Multy-travel».

Страховым полисом данной категории Застрахованный может пользоваться в случаях многократных поездок за границу. Страховая защита по настоящей категории не распространяется на лиц, занимающихся физическим трудом, спортсменов.

При оформлении страхового полиса данной категории Страховщик обязуется через сервисную компанию/Ассистанса оказать следующие услуги:

1) организовать предоставление медицинской помощи и оплатить возникшие в связи с этим расходы Застрахованному в стране временного пребывания;

2) за свой счет организовать перемещение Застрахованного в одну из ближайших больниц страны временного пребывания;

3) за свой счет организовать перемещение (эвакуацию) Застрахованного до ближайшего международного порта страны постоянного места.

В каждом конкретном случае решение об эвакуации, выборе клиники и выборе вида транспорта принимается врачом сети Ассистанс компании. Без указанного согласования Страховщик не возмещает расходы по эвакуации, транспортные и иные расходы Застрахованного;

4) за свой счет организовать перевозку тела (репатриацию) Застрахованного в случае его смерти из страны временного пребывания до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства и оплатить возникшие расходы. При этом Страховщик не несет расходов на ритуальные услуги и погребение, а также расходы на репатриацию тела, осуществленную без ведома и согласия Страховщика либо его представителя / Ассистанс компании;

5) организовать оказание экстренной стоматологической помощи, связанной с болеутоляющим лечением естественного (натурального) зуба, а именно терапевтической стоматологической помощи, включающей и ограничивающейся:

- экстракцией натуральных зубов, но не более 2-х одновременно, включая лечение перекоронарита, вскрытие абсцесса, резекцию корня зуба, наложение швов;
- денервацией и депульпированием зубов при среднем и глубоком кариесе, включая стоимость материалов временной пломбы;
- острым периодонтитом;
- острым стоматитом;
- острым пульпитом;

• хирургической стоматологической помощи, включающей и ограничивающейся лечением анатомической целостности зубочелюстного аппарата (вывихи челюсти, переломы костей челюсти), и оплатить возникшие расходы, но не более 30 000 (тридцати тысяч) тенге. Исключением является и Страховщиком не покрывается ортодонтия, ортопедия, косметология, протезирование и подготовка к нему;

б) в случае госпитализации либо смерти Застрахованного, организовать и оплатить расходы по возвращению его детей в возрасте до 16 лет, если они остались без присмотра, из страны временного пребывания до постоянного места жительства. При этом Страховщик оставляет за собой право использовать их билет – произвести возврат билета в компанию перевозчика и получить компенсацию, или произвести обмен билета на более ранний либо поздний срок, в целях возврата детей;

7) оплатить билет в оба конца родственнику Застрахованного при нахождении Застрахованного в больнице более 10 дней и отсутствии с ним кого-либо из родственников, при условии, что присутствие родственника необходимо;

8) обеспечить помощь по защите прав Застрахованного в суде по дорожно-транспортному происшествию, являющемуся причиной наступления расстройства здоровья, в размере ущерба, не превышающем 600 000 тенге;

9) оказать Застрахованному помощь в возбуждении дела по защите его прав вследствие, если событие, признанное страховым случаем произошло по вине третьего лица, в размере расходов, но не более 600 000 (шестьсот тысяч) тенге.

12.4. Категория «Sport-travel».

Страховой полис данной категории используют лица, занимающиеся любительским или профессиональным спортом.

При оформлении страхового полиса данной категории Страховщик обязуется через сервисную компанию/Ассистанса оказать следующие услуги:

1) организовать предоставление медицинской помощи и оплатить возникшие в связи с этим расходы Застрахованному в стране временного пребывания, в том числе во время проведения соревнований, состязаний, турниров за исключением возмещения расходов, оказанных медицинским работником команды;

2) за свой счет организовать перемещение Застрахованного в одну из ближайших больниц страны временного пребывания;

3) за свой счет организовать перемещение (эвакуацию) Застрахованного до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства и оплатить расходы. В каждом конкретном случае решение об эвакуации, выборе клиники и выборе вида транспорта принимается врачом сети Ассистанс компании. Без указанного согласования Страховщик не возмещает расходы по эвакуации, транспортные и иные расходы Застрахованного;

4) за свой счет организовать перевозку тела (репатриацию) Застрахованного в случае его смерти из страны временного пребывания до ближайшего международного порта страны постоянного места жительства. При этом Страховщик не несет расходов на ритуальные услуги и погребение, а также расходы на репатриацию тела, осуществленную без ведома и согласия Страховщика либо его представителя/Ассистанс компании;

5) организовать оказание экстренной стоматологической помощи, связанной с болеутоляющим лечением естественного (натурального) зуба, а именно терапевтической стоматологической помощи, включающей и ограничивающейся:

- экстракцией натуральных зубов, но не более 2-х одновременно, включая лечение перекоронарита,

вскрытие абсцесса, резекцию корня зуба, наложение швов;

- денервацией и депульпированием зубов при среднем и глубоком кариесе, включая стоимость материалов временной пломбы;

- острый периодонтит;

- острый стоматит;

- острый пульпит,

- хирургической стоматологической помощи, включающей и ограничивающейся лечением анатомической целостности зубочелюстного аппарата (вывихи челюсти, переломы костей челюсти), и оплатить возникшие расходы, но не более 30 000 (тридцати тысяч) тенге. Исключением является и Страховщиком не покрывается ортодонтия, ортопедия, косметология, протезирование и подготовка к нему.

13. Если иное не предусмотрено договором страхования, страховой случай считается наступившим при условии, что Застрахованный для организации получения медицинской помощи или иных услуг, предусмотренных договором страхования, обратился в Ассистанс и выполнил все действия в соответствии с его инструкциями.

14. Перечень покрываемых страхованием расходов Застрахованного определяется программой страхования (договором страхования).

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

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

16. Страховыми случаями, согласно настоящих Правил, не признаются расходы Застрахованного, вследствие:

1) войны, вторжения, враждебных действий иностранного государства, военных или подобных им операций (независимо от того объявлена война или нет) или гражданской войны;

2) народных волнений всякого рода, массовых беспорядков или забастовок, мятежа, 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, террористических актов;

3) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4) действий Застрахованного (Выгодоприобретателя), совершенных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения или находящихся под воздействием лекарственных или психотропных средств;

5) природных катаклизмов: землетрясений, наводнений, селей, ураганов, торнадо и др.;

- 6) техногенных катастроф: взрывов и утечки токсичных веществ на заводах, прорывов на трубопроводах или аварий, авиакатастроф, крушений поездов, кораблекрушений и пр.;
- 7) умышленных действий Страхователя, Застрахованного и (или) выгодоприобретателя, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
- 8) действий Страхователя, Застрахованного и (или) выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

17. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть также следующее:

- 1) сообщение Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
- 2) умышленное непринятие Страхователем мер по уменьшению убытков от страхового;
- 3) воспрепятствование Страхователем Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
- 4) неуведомление Страховщика о наступлении страхового случая;
- 5) несоблюдение установленных и общепринятых правил и норм безопасности, инструкций по эксплуатации опасных объектов, а также несоблюдение стандартов, положений, законов или ведомственных нормативных документов, установленных для осуществления каких-либо видов деятельности.
- 6) если ухудшение состояния здоровья или смерть застрахованного находится в прямой причинно-следственной связи с заболеваниями, имевшимися на момент начала срока страхования, независимо от того, проводилось по ним лечение или нет, а также, если выезд за рубеж был противопоказан застрахованному по состоянию здоровья, и(или) выезд мог усугубить течение имевшегося заболевания.
- 7) если целью поездки является получение медицинских услуг.
- 8) другие случаи, предусмотренные законодательными актами.

18. Страховщик не производит страховую выплату за:

- 1) косвенные коммерческие потери Страхователя (Застрахованного), потери (штрафы, неустойка, пеня), убытки в виде упущенной выгоды;
- 2) моральный вред;
- 3) понесенные расходы немедицинского характера, например, разговоры по телефону, услуги такси, услуги переводчика, проживание сопровождающих лиц, палаты «ЛЮКС» уровня или повышенной комфортности и другие;

- 4) расходы на оказание экстренной медицинской помощи Страхователю (Застрахованному), связанные с совершением или попыткой совершения противоправного действия, повлекшего в соответствии с действующим законодательством страны временного пребывания административное взыскание или уголовное преследование в отношении застрахованного, кроме случаев превышения пределов необходимой обороны;

5) судебные издержки.

- 6) медицинские услуги, не предусмотренных договором/программой страхования
- 7) услуг, не согласованных со Страховщиком или Ассистансом.медицинских и иных услуг по обследованию и (или) лечению Застрахованного на территории страхования, получение которых являлось его преднамеренной целью при заключении договора страхования;
- 8) услуг врача спортивной команды или медицинских услуг, предоставление которых обеспечено организаторами спортивных мероприятий, в случае поездки Застрахованного за границу с целью участия в них;
- 9) несоблюдение застрахованным рекомендаций координатора сервисной компании, врача, правил поведения в лечебном учреждении при наличии указаний в медицинском рапорте.

19. Страховщик не осуществляет страховую выплату в следующих случаях:

- 1) предоставления медицинских услуг, не относящихся к объему экстренной медицинской помощи и не назначенных лечащим врачом при экстренном обращении;
- 2) хронических заболеваний и их обострений, не повлекших угрозу для жизни Застрахованного, кроме случаев, когда обострение/осложнение хронических заболеваний явилось следствием травмы либо иного события, признанного страховым случаем, доброкачественных и злокачественных новообразований, их осложнений и обострений, а также их диагностики, независимо от сроков выявления,
- 3) заболеваний, требовавших лечения в течение последних 6-ти месяцев до начала действия Договора страхования, а также заболеваний, имевшихся у Застрахованного в день начала поездки, последствий (осложнений), возникших в период после оперативного или терапевтического лечения данного заболевания;
- 4) проведения профилактических вакцинаций и медицинских осмотров;
- 5) психических расстройств и заболеваний, депрессии;
- 6) приобретения изделий медицинского назначения: очков, контактных линз, слуховых аппаратов, сопутствующих медицинских товаров: инвалидные коляски, бандаж и костыли, и другие;
- 7) косметической, пластической и восстановительной хирургии любого вида, за исключением событий, приведшего к нарушению анатомической целостности организма в результате события, признанного страховым случаем, когда необходима пересадка кожи или восстановление функций сосудов (ожоги);

- 8) солнечного излучения, фотодерматозов;
- 9) ВИЧ-инфекции, СПИДа, венерических заболеваний и заболеваний, передающихся половым путем, включая их диагностику и лечение;
- 10) лечение в санаториях, лечебницах, домах отдыха и других организациях медицинского или санаторно-курортного типа, попечительский уход;
- 11) состояние беременности, родов, любых осложнений беременности свыше 12 недель, а так же аборт, в том числе самопроизвольных, за исключением случаев, представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованной, при этом во всех случаях срок беременности не должен превышать 12 недель;
- 12) всякого рода протезирования, в том числе глазного и стоматологического;
- 13) инфекционных заболеваний, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией;
- 14) обследования, анализов, приема медицинских препаратов, выходящих за пределы необходимости и достаточности, по мнению врачей сервисной компании (представителя Страховщика); расходы, связанные с предоставлением услуг, не являющихся жизненно необходимыми с медицинской точки зрения;
- 15) стоматологической помощи, за исключением экстренной, указанной в настоящих Правилах;
- 16) всеми методами нетрадиционного лечения (фитотерапии, гирудотерапии, гомеопатического лечения, иглорефлексотерапии, флотинг-ванн, лечения в барокамере, гидромассажа, гидроколлотерапии, сухой и подводной вытяжки, грязелечения, светолечения, биорезонансной терапии), восстановительного (реабилитационного) лечения другими методами альтернативной или неклассической медицины, физиотерапевтических процедур, за исключением проведения ингаляций при бронхоспазме ухудшение состояния здоровья вследствие приема средств, вызывающих алкогольное опьянение, когда уровень содержания алкоголя в крови составляет 1 мг на 100 граммов веса крови (1 промилле) и более, наркотического опьянения или приема средств, как растительного происхождения, так и средств, разработанных путем химического синтеза, вызывающих алкогольное, наркотическое либо токсическое опьянение;
- 17) самоубийства или попытки самоубийства, любого причинения вреда собственному здоровью самим Застрахованным;
- 18) если иное не предусмотрено договором страхования заболеваниями и/или травмами, явившимися результатом занятия Застрахованного опасными видами развлечений или спорта (если не оплачена соответствующая категория риска), влекущими за собой высокий риск получения увечий и/или смерти:
 - любые виды профессионального или любительского спорта, сопряженные с высокими скоростями и прыжками с высоты (в том числе катание на спортивных водных судах мотогонок, автогонок), прыжки в воду со скал, банджи-джампинг, (исключая бананы, катание на водных аттракционах, в аквапарках);

- серфинг, дайвинг, рафтинг парашютный спорт, дельтапланеризм, парапланеризм, катание на квадроциклах, водных мотоциклах, катание на сноуборде и горных лыжах скалолазание, альпинизм, рукопашный бой, борьба, бокс, самбо, дзюдо, каратэ, таэквондо, сумо, кикбоксинг, айкидо, кендо, кобудо, ушу, кунг-фу (кроме случаев, когда выбрана категория страхового покрытия для спортсменов, выезжающих для участия в спортивных соревнованиях);
 - футбол, виндсерфинг, тяжелая атлетика, подъем тяжестей, погружение под воду за исключением случаев страхования по категории «Sport-travel»;
- 19) случаи, когда Застрахованный подвергает себя неоправданному риску, т.е. риску, который заведомо может привести к летальному исходу, либо телесным повреждениям, если дополнительный риск не был предусмотрен и оплачен по соглашению Сторон с выдачей страхового полиса по специальным тарифам для профессиональных спортсменов, выезжающих для участия в спортивных соревнованиях;
 - 20) преднамеренное причинение вреда своему здоровью Застрахованным с целью получения страховой выплаты за полученные медицинские услуги на территории страхования;
 - 21) искусственного осеменения, лечения бесплодия или по предупреждению зачатия;
 - 22) управления транспортным средством лицом, не имеющим на то прав, или лицом, находящимся в состоянии опьянения или под воздействием наркотиков, психотропных веществ и десенсибилизирующих (седативных) веществ, вызывающих сонливость, нарушение ориентации, нарушение концентрации внимания;
 - 23) самолечения, назначения и проведения лечения членом семьи Страхователя (Застрахованного);
 - 24) заболеваний, если они вызваны действиями врача, не уполномоченного Страховщиком;
 - 25) вне территории страхования;
 - 26) службы или прохождения соответствующего обучения в военных и правоохранительных органах;
 - 27) добровольного отказа Страхователя (Застрахованного) от эвакуации в страну постоянного жительства в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям. Не оплачиваются расходы по услугам, предоставленным Застрахованному, с момента письменного отказа;
 - 28) добровольного отказа Страхователя (Застрахованного) от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая, и всех последствий такого отказа.
 - 29) хирургического лечения, которое могло быть заменено на консервативные (неоперативные) методы лечения, или которое могло быть отсрочено до возвращения Застрахованного на место постоянного проживания, или которое не было одобрено Страховщиком или Ассистансом
 - 30) выезда за рубеж с целью найма на работу (трудовая деятельность), связанной с высоким риском причинения вреда здоровью и/или наступления несчастного случая, в том числе, повлекших смерть застрахованного.

20. Страховщик не освобождается от осуществления страховой выплаты, которая подлежит уплате в случае смерти Застрахованного, если смерть наступила вследствие самоубийства.

21. Не являются страховым случаем и не подлежат возмещению расходы Застрахованного вследствие занятия физическим трудом, опасными видами активного отдыха, любительским или профессиональным спортом. Данное исключение не распространяется на категорию «Sport-travel».

22. Не признаются страховыми случаям согласно условиям настоящих Правил: все 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;

• воздушно-капельные инфекции: дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, носительство возбудителей дифтерии, врожденная краснушная инфекция (синдром врожденной краснухи), гемофильная инфекция, столбняк;

4) острые инфекционные заболевания: острые вирусные гепатиты, брюшной тиф и паратифы А, В, С, сальмонеллез, дизентерия, иерсиниоз, риккетсиозы, клещевой вирусный энцефалит;

• психические заболевания;

• злокачественные новообразования;

• онкогематологические заболевания;

• венерические заболевания (сифилис, гонорея).

5) заболевания и их последствия, возникшие до начала периода страхования;

6) алкоголизм, наркомания, токсикомания;

7) паразитарные и инфекционные заболевания (гельминтозы, протозоозы): аскаридоз, лямблиоз, анкилостомидоз, описторхоз, цестодозы;

8) гиперпластические процессы (эрозия шейки матки, эндометриоз и т.д.);

9) врожденные заболевания (в том числе пороки и аномалии развития);

10) кожные заболевания (псориаз, экзема, опоясывающий лишай, микозы, алопеции, витилиго, чесотка и т.д.);

11) цитомегаловирусная и герпетическая инфекция, грибковые заболевания;

12) заболевания желудочно-кишечного тракта: язва желудка, болезнь Крона, циррозы печени, неспецифический язвенный колит, целиакия;

диагностика и лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата: сколиозы, кифозы, лордозы, плоскостопие;

заболевания сосудов (облитерирующий эндартериит, атеросклероз, аневризма, варикозное расширение вен, тромбозы, тромбозы; болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), варикоцеле, варикозное расширение прямой кишки - геморрой);

глазные болезни: миопия, астигматизм, катаракта, глаукома, ретинопатии, спазм аккомодации, 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;

13) пластические операции, косметологическое лечение и другие виды лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, хирургическое изменение пола, коррекция веса и т.д. Исключение составляет пластика кожи, проводимая при лечении ожогов вследствие события, произошедшего в период действия Договора страхования;

14) диагностика и лечение расстройства питания и нарушения обмена веществ: ожирение, мочекаменный диатез, подагра, дистрофия и т.д.;

диагностика и лечение эндокринных заболеваний: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и их последствия (за исключением первичной консультации эндокринолога и однократных исследований до постановки диагноза);

15) системные заболевания (СКВ, узелковый периартериит, системная склеродермия, болезнь Бехтерева, болезнь Шегрена, болезнь Рейтера, ДООА, дерматомиозит, системные васкулиты, ревматизм и т.д.), заболевания костной системы (остеопороз, пяточная шпора, дисплазии и т.д.), аутоиммунные заболевания (АИТ (зоб), АИГ (гепатит), АИ заболевания крови и т.д.);

диагностика и лечение простатитов (за исключением первичной консультации уролога и необходимых минимальных исследований до постановки диагноза), урологического массажа;

16) диагностика и лечение бесплодия, нарушений менструального цикла, импотенции, все методы контрацепции;

17) подбор, приобретение и ремонт корректирующей техники (очки, линзы, костыли, слуховые аппараты и др.)

18) Заболевания органов и тканей, требующих их трансплантации или протезирования, в том числе эндопротезирование, реконструктивные операции, операции по пересадке органов и тканей, а также последствия таких операций;

19) медицинские расходы, связанные с проведением коронароангиографии; а также хирургическими вмешательствами на сердце (аорто-коронарное шунтирование, стентирование, установка ИВР и т.д.) даже при наличии медицинских показаний;

диагностика и лечение видимой наследственной патологии (карликовость, ускоренное половое созревание), наследственных, генных, хромосомных заболеваний и врожденных и приобретенных пороков развития, ДЦП;

диагностика и лечение аллергических хронических заболеваний, за исключением острых состояний, требующих неотложных мер;

терапевтические методы, используемые в периоде ремиссии респираторных аллергозов (напр., специфическая гипосенсибилизация, гистаминотерапия и методы вегетотропной терапии);

использование фармакопрепаратов, амбулаторное и стационарное лечение, иммунограмма, ИФА диагностика, физиотерапевтические процедуры в периоде клинико-лабораторной ремиссии аллергических заболеваний;

20) хроническая почечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность и хроническая печеночная недостаточность, и другие заболевания органов и тканей, требующих проведение гемодиализа, проведение плазмофореза и гемосорбции;

21) хронические заболевания дыхательной системы: бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;

22) заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардит Абрамова-Фидлера, кардиомиопатии; заболевания, требующие внедрения искусственного водителя ритма; хронические нарушения ритма (мерцательная аритмия, полная АВ блокада, постинфарктный кардиосклероз, аневризма сердца, приобретенные и врожденные пороки сердца), хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии;

23) заболевания мочеполовой системы: поликистоз почек; хронический гломерулонефрит, ХПН 2-3 ст., амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения, нефроптозы;

24) заболевания центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствия; гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), болезнь Альцгеймера, синдром Паркинсона, эпилепсия, детский церебральный паралич, посттравматическая энцефалопатия;

25) нетрадиционные методы диагностики и лечения: иридодиагностика, аурикулодиагностика, светодиагностика, сухая и подводная вытяжки, флотинг - ванны, УФО крови, аутогемотерапия, вакуумная терапия, мануальная терапия, траволечение, лечение в барокамере, трудотерапия, гирудотерапия, исследование по Фоллю, ИФС, биорезонансная терапия, иглорефлексотерапия, водные процедуры; бальнеология: грязелечение и т.д.; профессиональные заболевания - заболевания, возникшие в результате воздействия на организм неблагоприятных факторов производственной среды;

26) острая и хроническая лучевая болезнь;

27) хронические гепатиты, циррозы любой этиологии и степени активности;

медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для разрешения ношения оружия, получения водительских прав, посещения оздоровительных учреждений, поступления в учебные заведения, оформления справок для выезда за рубеж, если иное не предусмотрено программой страхования;

28) стоматологические расходы по протезированию, подготовке к ортопедии, косметологии (отбеливание, чистка и снятие зубных отложений), ортодонтии, если иное не предусмотрено программой страхования; консультации и все методы лабораторно-инструментальных обследований, связанных с ведением беременности и родовспоможением, если иное не входит в программу страхования; расходы, связанные с искусственным оплодотворением и прерыванием беременности и связанными с этим осложнениями (за исключением операций, проведенных по медицинским показаниям); расходы, связанные с диагностическими исследованиями, если иное не оговорено Договором страхования: ИФА, ПЦР, РИФ;

определение уровня гормонов крови;

бактериологические исследования крови, мочи, на дисбактериоз;

29) магнитно-резонансная или компьютерная томография за исключением проведения по экстренным показаниям;

30) расходы по заболеваниям с профилактическим и плановым лечением, если иное не предусмотрено программой страхования;

31) приобретение медицинских изделий для профилактических, лечебных показаний (маски, ингаляторы, градусники, бинты, вата, лейкопластырь, клизмы и т.д.).

23. Не включаются в Страховое покрытие (не является Страховым случаем) приобретение следующих медицинских препаратов:

1) контрацептивные препараты (кроме тех случаев, когда назначаются по лечебным показаниям);

2) поливитамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения);

противотуберкулезные препараты при лечении туберкулеза;

биологические активные добавки;

- гомеопатические препараты;
- 3) анорексантные средства;
- 4) косметические средства;
- биологические стимуляторы (например, настойка женьшеня и др.);
- 5) энзимы (кроме пищеварительных ферментов);
- 6) антидепрессанты, ноотропы.

24. На страхование не принимаются:

- ВИЧ-инфицированные;
 - лица, имеющие злокачественные, в том числе онкогематологические новообразования;
 - лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных и кожно-венерологических диспансерах;
 - лица, являющиеся инвалидами 1 и 2 групп;
 - лица старше 75 лет, если иное не оговорено условиями Договора страхования;
 - лица с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем (бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, приобретенные и врожденные пороки сердца, сердечная недостаточность IIБ-III степени, тяжелые формы аритмии, постинфарктный кардиосклероз и кардиомиопатия);
 - лица с циррозом печени и с заболеваниями хроническим вирусным гепатитом с высокой степенью активности;
 - лица, больные сахарным диабетом;
 - лица с социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых установлен Постановлением Правительства Республики Казахстан от 04.12.2009 года № 2018 (а в случае прекращения его действия, в ином акте заменившем его).
- Если в течение срока действия Договора страхования выяснится, что Договор страхования заключен в отношении одного из указанных в п.17. лиц, то в отношении такого Застрахованного, предоставление страховой защиты прекращается.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

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

26. Договором страхования (Программой страхования) могут быть установлены страховые суммы (лимиты ответственности Страховщика) по отдельным видам риска либо расходам, покрываемым страхованием.

27. Размер страховой суммы (лимиты ответственности Страховщика) определяется по соглашению сторон и указывается в договоре страхования. Франшиза - предусмотренное условиями страхования освобождение Страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера.

28. При условной франшизе Страховщик освобождается от возмещения ущерба, не превышающего установленного размера франшизы, но должен возместить ущерб полностью, если его размер больше этой суммы.

29. При безусловной франшизе ущерб во всех случаях возмещается за вычетом установленной суммы франшизы.

30. Размер и тип франшизы указываются в договоре страхования.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

31. Страховая премия – сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Выгодоприобретателю в размере, определенном договором страхования.

32. Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии со ставками страховых премий, действующими на момент заключения договора страхования, с учетом степени страхового риска (программы страхования) и срока страхования.

33. Порядок и сроки уплаты страховой премии устанавливаются договором страхования.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

34. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить Страхователя с Правилами страхования (условиями страхования) и предоставить копию Правил страхования, если договор страхования заключен в форме договора присоединения с выдачей Страхователю страхового полиса;
- 2) контролировать объем, сроки и количество предоставляемых услуг в соответствии с условиями договора страхования;
- 3) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;
- 4) в случае непредоставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) всех необходимых для принятия решения об осуществлении страховой выплаты документов, уведомить заявителя о недостающих документах в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента представления неполного пакета документов в срок, установленный договором страхования;
- 5) отказать в возврате страховой премии, осуществлении страховой выплаты в случаях,

предусмотренных Законом Республики Казахстан «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;

6) возместить Страхователю (Застрахованному) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;

7) в случае утери договора страхования, на основании заявления Страхователя, выдать ему дубликат;

8) обеспечить тайну страхования.

35. Страховщик имеет право:

1) требовать от Страхователя предоставления сведений, необходимых для определения степени риска, оформления договора страхования, включая информацию о предыдущих договорах страхования, страховых случаях и страховых выплатах;

2) отказать в осуществлении страховой выплаты по основаниям, предусмотренным настоящими Правилами страхования (договором страхования);

3) в случае увеличения степени страхового риска пересмотреть условия договора страхования, в том числе потребовать уплаты дополнительной страховой премии;

4) проверять предоставляемую ему информацию и документы;

5) запрашивать у соответствующих государственных органов и организаций, исходя из их компетенции, документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и размер причиненного вреда;

6) требовать от Страхователя (Застрахованного) информацию и документы, необходимые для установления факта наступления страхового случая, обстоятельств его возникновения и размера причиненного вреда;

7) требовать от Страхователя (Застрахованного) возврата стоимости неиспользованных оплаченных Страховщиком, при наступлении страхового случая, проездных билетов (авиа-, автотранспорта, железнодорожного или морского транспорта) в целях эвакуации Застрахованного в страну проживания или в случае возвращения детей Застрахованного, оставшихся без присмотра на территории страхования из-за болезни Застрахованного или несчастного случая, происшедшего с ним;

8) в случае необходимости при заключении договора страхования направить Застрахованного на медицинский осмотр;

9) приостановить осуществление страховой выплаты до выяснения всех обстоятельств и причин возникновения страхового случая с направлением Застрахованному письменного обоснования причин;

10) досрочно расторгнуть договор страхования в установленном Правилами страхования (договором страхования) порядке;

11) отказаться от заключения договора страхования;

12) требования, которое Страхователь (Застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования.

36. Страхователь обязан:

1) сообщать Страховщику известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков в случае его наступления;

2) предоставить информацию Страховщику о заключении аналогичных договоров страхования с другими страховыми компаниями (двойное страхование);

3) уплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;

4) довести до сведения Застрахованного условия страхования.

37. Страхователь (Застрахованный) обязан:

1) при заключении договора страхования дать согласие на освобождение врачей и иных работников медицинских учреждений от обязательства конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая;

2) информировать Страховщика о состоянии страхового риска;

3) уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, предусмотренные договором страхования;

4) выполнять условия настоящих Правил страхования (договора страхования);

5) предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах и следствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;

6) обеспечить сохранность и передачу Страховщику оригиналов документов, подтверждающих факт обращения за медицинской помощью и расходов по страховому случаю, с нотариально засвидетельствованным переводом на русский или казахский язык;

7) следовать указаниям Ассистанса, соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе получения медицинских услуг, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

8) в случае травмы, отравления и при других несчастных случаях пройти медицинское освидетельствование на содержание алкоголя в крови. При отказе Застрахованного от прохождения данной процедуры Страховщик вправе отказать полностью или частично в страховой выплате;

9) для принятия решения о страховой выплате предоставить необходимые документы на русском или государственном языке. В случае, если документ составлен на ином языке, Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить Страховщику нотариально засвидетельствованный перевод документа на русский либо государственный язык (услуги оплачиваются Страхователем (Застрахованным) самостоятельно).

10) обеспечить переход к Страховщику права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая.

38. Страхователь имеет право:

- 1) требовать от Страховщика информацию о его платежеспособности и финансовой устойчивости;
- 2) ознакомиться с настоящими Правилами страхования;
- 3) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, установленном настоящими Правилами страхования (договором страхования);
- 4) получить дубликат договора страхования в случае его утери.

39. Страхователь (Застрахованный) не имеет права передавать договор страхования другим лицам с целью получения ими услуг, предусмотренных договором страхования. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу договор страхования с такой целью, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного. При этом уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

40. Страхователь (Застрахованный) и Страховщик имеют иные права и обязанности, предусмотренные законодательством, настоящими Правилами страхования и договором страхования.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

41. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, но не позднее чем в трехдневный срок с момента возникновения, сообщать Страховщику о ставших ему известных значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными, во всяком случае, признаются изменения сведений, предоставленных при заключении договора страхования или оговоренных в нем (территория страхования, цель поездки, сроки пребывания и т.п.).

42. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и (или) уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе досрочно расторгнуть договор страхования. При этом Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию за неиспользованный период за вычетом расходов Страховщика на ведение дела в размере 25 % от суммы подлежащей возврату.

43. При невыполнении Страхователем (Застрахованным) предусмотренной в пункте 34 настоящей главы обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением.

44. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

45. При наступлении любого события, имеющего признаки страхового случая и (или) последствием которого может быть наступление страхового случая, до обращения за медицинской помощью (услугами) или иной дополнительной услугой, Застрахованный обязан незамедлительно, но не позднее чем в течение 24 часов с момента его наступления, обратиться в Ассистанс и сообщить:

- 1) фамилию, имя;
- 2) номер и срок действия договора страхования;
- 3) свое местонахождение, контактные телефоны;
- 4) краткую информацию о происшедшем событии и необходимой помощи.

46. После получения инструкций Ассистанса, Застрахованный обязан действовать в строгом соответствии с полученными указаниями.

47. При наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования, а также при условии уведомления Ассистанса (Страховщика) о наступлении страхового события (случая) в установленные договором страхования сроки, Ассистанс от имени Страховщика организывает и обеспечивает оказание Застрахованному медицинской помощи (услуг) и других дополнительных услуг, предусмотренных условиями договора страхования. При этом услуги предоставляются в объеме необходимом и достаточном для оказания экстренной медицинской помощи, а также с учетом франшизы, установленной договором страхования.

48. При организации медицинской эвакуации, эвакуации детей, посмертной репатриации Страховщик (Ассистанс) вправе использовать обратный билет Застрахованного (путешествующего с ним ребенка).

49. В экстренном случае, когда ввиду чрезвычайности ситуации или по объективным причинам, когда Страхователь (Застрахованный) лишен какой-либо возможности обратиться в Ассистанс, он имеет право обратиться к врачу любого ближайшего к месту события медицинского учреждения и самостоятельно оплатить расходы за оказанную ему медицинскую помощь.

При этом Страхователь (Застрахованный) обязан:

- 1) принять разумные и доступные в сложившейся ситуации меры к уменьшению убытков, связанных

со страховым событием;

2) обеспечить документальное оформление события компетентными органами (в зависимости от характера события, в результате которого был причинен вред здоровью Застрахованного или наступила его смерть);

3) предоставить по требованию Страховщика и (или) Ассистанса документацию о диагнозе и лечении, в связи со страховым случаем, а также возможность ознакомиться с медицинской документацией, посредством дачи согласия на освобождение лечащего врача от обязанности соблюдения врачебной тайны;

4) немедленно, как только позволит физическое состояние (в течение 24 часов с момента обращения за медицинской помощью, но не позднее трех рабочих дней со дня наступления страхового случая) сообщить в Ассистанс:

а) фамилию, имя Застрахованного;

б) номер, срок действия договора страхования;

в) наименование, адрес и телефон медицинского учреждения, в которое направлен Застрахованный;

г) имя, фамилию, адрес нахождения и телефон лечащего врача;

д) адрес постоянного места жительства и гражданство Застрахованного.

50. В случае смерти Застрахованного, обязанность по уведомлению Страховщика о страховом событии лежит на Страхователе (Выгодоприобретателе).

51. Своевременное обращение Застрахованного в Ассистанс и согласование с ним медицинских и иных расходов, покрываемых в соответствии с условиями договора страхования, является обязательным условием для осуществления страховой выплаты, за исключением случаев, оговоренных в пункте 49 настоящей главы.

52. Неуведомление (несвоевременное уведомление) Ассистанса или Страховщика о наступлении события, последствия которого привели к страховому случаю, дает последнему право отказать в осуществлении страховой выплаты, либо осуществить страховое возмещение в размере 70% от суммы покрываемых расходов в том случае, если сам страховой случай не вызывает у Страховщика сомнений, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо отсутствие у Страховщика не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату, а также за исключением случаев, когда Страхователь (Застрахованный) по уважительной причине (стационарное лечение по возвращении, похороны члена семьи и т.д.) не имел возможности выполнить данную обязанность и подтвердил это документально.

53. Страхователь (Застрахованный) обязан освободить врача, выполняющего обследование и лечение от обязанности хранить врачебную тайну перед Страховщиком.

54. В случае, когда Страхователь (Застрахованный) оплатил расходы за полученные в стране пребывания медицинские услуги самостоятельно, при соблюдении условия настоящих Правил страхования, Застрахованный (Страхователь) обязан предоставить Страховщику документы в срок не позднее тридцати рабочих дней со дня прибытия в Республику Казахстан (в страну постоянного места жительства).

11. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

55. Для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) должен предоставить:

1) письменное заявление о страховой выплате;

2) оригинал договора страхования (дубликат);

3) оригиналы медицинских документов (медицинский рапорт), содержащих сведения о состоянии здоровья, Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью, установленном диагнозе, проведенных манипуляциях и лечении (калькуляция медицинских расходов);

4) оригиналы рецептов, счетов, фискальных чеков, квитанций на оплату медицинских и других услуг, покрываемых в соответствии с условиями договора страхования;

5) копию заграничного паспорта Застрахованного с отметками о пересечении государственной границы Республики Казахстан и страны, являющейся территорией страхования;

6) документы, удостоверяющие личность Застрахованного (Выгодоприобретателя) и право на получение страховой выплаты;

7) копию свидетельства о рождении, в случае если Застрахованным является несовершеннолетнее лицо;

8) оригиналы или копии проездных билетов

9) сведения о расчетном счете Выгодоприобретателя;

10) при несчастном случае - документы, подтверждающие факт и причины наступления страхового случая: при дорожно-транспортном происшествии (ДТП) - оригиналы или копии актов дорожной полиции; при причинении вреда третьими лицами - постановление о признании Застрахованного в качестве потерпевшего и акт полиции;

при пожаре – акт о пожаре.

56. В случае смерти Застрахованного, дополнительно должны быть предоставлены:

1) нотариально засвидетельствованные копии документов, предусмотренные законодательными актами, содержащие данные о причине смерти Застрахованного (заключение судебно-медицинской экспертизы и т.п.);

2) оригинал или нотариально засвидетельствованную копию свидетельства о смерти;

- 3) результаты патологоанатомического исследования (по требованию Страховщика);
- 4) документы, подтверждающие посмертную репатриацию Застрахованного: перевозочные документы на груз – 200, квитанции, чеки, подтверждающие затраты по бальзамированию тела, стоимости гроба. Платежные документы должны быть оформлены на имя Выгодоприобретателя.
- В случае если услуги были оплачены Застрахованным при жизни, страховая выплата осуществляется лицу, имеющему на получение страховой выплаты законное право, которое должно быть подтверждено документально.

57. При эвакуации детей и (или) в случае срочного приезда сопровождающего лица Застрахованного в медицинское учреждение по месту его временного пребывания, необходимо предоставить оригиналы или надлежащим образом заверенные копии проездных билетов, если возмещение данных расходов предусмотрено договором страхования.

58. Страховщик вправе запросить дополнительные документы, имеющие отношение к страховому случаю, в том числе и необходимую информацию о состоянии здоровья Застрахованного до поездки (амбулаторную карту, выписки, медицинские заключения, результаты обследования и другие), если вследствие их отсутствия не представляется возможным определить причину и последствия страхового события, размер убытков.

59. Страховщик, принявший документы, оформляет справку в двух экземплярах с указанием полного перечня предоставленных документов, даты их принятия, и предоставляет один экземпляр заявителю.

60. В случае предоставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) не всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, Страховщик обязан в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения заявления на страховую выплату письменно уведомить заявителя об этом с указанием недостающих документов.

61. Документы, относящиеся к страховому случаю, составленные на иностранном языке должны быть предоставлены переводом на государственный или русский язык с печатью переводческого агентства.

62. В течение четырех рабочих дней со дня выставления требования Страховщика Застрахованный обязан пройти медицинское освидетельствование и представить его результаты, в целях подтверждения наступления страхового случая, установления диагноза.

12. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

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

64. В соответствии с настоящими Правилами страхования Выгодоприобретателем может являться: организация, предоставляющая услуги медицинского ассистанса;

Страхователь (Застрахованный), при самостоятельной оплате оказанных медицинских услуг, в случаях, установленных договором страхования;

лицо, имеющее законное право на получение страховой выплаты в случае смерти Застрахованного;

лицо, понесшее расходы на посмертную репатриацию Застрахованного;

лицо, возместившее расходы.

65. Страховая выплата Страховщиком осуществляется путем:

- 1) возмещения затрат на оказанные Застрахованному услуги в объеме, установленном настоящими Правилами страхования либо договором страхования (Программой страхования), на основании медицинских документов, и счетов выставленных и предоставленных Ассистансом;
- 2) возмещения расходов Страхователя (Застрахованного) в случаях, предусмотренных настоящими Правилами страхования либо договором страхования, на основании подтверждающих такие расходы документов.

66. Размер убытков определяется на основании фактически произведенных Застрахованным медицинских расходов, подтвержденных оригиналами платежных документов в соответствии с условиями договора страхования

67. Сумма страховой выплаты за последствия одного или нескольких страховых случаев, происшедших во время пребывания Застрахованного за границей в период действия договора страхования, не может превышать предельного объема ответственности Страховщика (страховой суммы), устанавливаемого для каждого страхового случая (риска, медицинской услуги и т.п.) договором страхования.

68. Страховая выплата осуществляется в тенге по официальному курсу иностранной валюты Национального Банка Республики Казахстан на день наступления страхового события (случая).

69. Для получения страховой выплаты в случаях, предусмотренных пунктом 49 настоящих Правил страхования, Страхователь (Застрахованный) обязан обратиться к Страховщику в течение 30 (тридцать) рабочих дней со дня возвращения на территорию Республики Казахстан (постоянного места проживания).

70. В случае смерти Застрахованного заявление на страховую выплату с приложением подтверждающих наступление страхового случая документов должно быть предъявлено Страховщику в течение 20 (двадцати) рабочих дней со дня возвращения останков Застрахованного в Республику Казахстан.

71. В случае несоблюдения сроков, установленных пунктами 69 и 70 настоящей главы, Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты.

72. Страховщик вправе отказать в осуществлении страховой выплаты в случаях, если:

- 1) Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, в нарушение

инструкций Ассистанса, за исключением случаев, установленных пунктом 49 настоящих Правил страхования;

2) медицинские услуги получены лицом, не являющимся Застрахованным по договору страхования;

3) по иным основаниям, предусмотренным законодательством Республики Казахстан, договором страхования и настоящими Правилами страхования.

73. Страховщик вправе полностью или частично отказать в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:

1) умышленных действий Страхователя, Застрахованного и (или) Выгодоприобретателя, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;

2) действий Страхователя, Застрахованного и (или) Выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами Республики Казахстан порядке умышленными уголовными или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;

3) травм или смерти Застрахованного в результате игнорирования последним запрещающих (предупреждающих) знаков безопасности или ограничений («Купание запрещено», «Проход запрещен» и т.п.);

4) несчастного случая, происшедшего вследствие управления Застрахованным транспортным средством, при отсутствии на то прав.

74. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть также следующее:

1) сообщение Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

2) умышленное непринятие Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) мер по уменьшению убытков от страхового случая;

3) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;

4) неуведомление Страховщика (Ассистанса) о наступлении страхового случая;

5) несоблюдение Страхователем (Застрахованным) условий настоящих Правил страхования (договора страхования);

6) другие случаи, предусмотренные законодательными актами.

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.

75. Решение об осуществлении либо отказе в осуществлении страховой выплаты принимается Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, предусмотренных разделом 10 настоящих Правил страхования.

76. В случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного, находящегося в причинно-следственной связи со страховым случаем, Страховщик вправе отсрочить принятие решения о страховой выплате до даты принятия правоохрнительными органами решения о прекращении уголовного дела или до даты принятия решения судом.

77. При принятии решения об отказе в страховой выплате Страховщик сообщает заявителю в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 3 (трех) рабочих дней со дня принятия решения.

78. Страховщик осуществляет страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня принятия им решения об осуществлении страховой выплаты.

79. За несвоевременное осуществление страховой выплаты Страховщик несет ответственность в соответствии со статьей 353 Гражданского кодекса Республики Казахстан.

13. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

80. Договор страхования заключается до выезда Застрахованного за границу на основании письменного заявления Страхователя, оформляемого по форме Заявления-анкеты, установленной Страховщиком, и являющегося его неотъемлемой частью договора страхования.

81. Договор страхования заключается в письменной форме путем:

1) составления сторонами договора страхования;

2) присоединения Страхователя к типовым условиям (Правилам страхования, программам страхования), разработанным Страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса.

При заключении договора страхования в форме договора присоединения с выдачей Страхователю страхового полиса Страховщик обязан ознакомить Страхователя с Правилами страхования и предоставить их копию.

82. Договор страхования заключается:

1) на период одной зарубежной поездки;

2) на определенный период времени с учетом нескольких зарубежных поездок, но не более чем на один календарный год.

83. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (цель поездки,

предполагаемый род деятельности, занятия спортом, противопоказания для поездки и другие существенные сведения).

84. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения о своем состоянии здоровья или Застрахованного, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных действующим законодательством, а также, при наступлении страхового случая, отказать в страховой выплате.

85. В случае утраты договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат договора страхования, после чего утраченный договор страхования считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся.

14. МЕСТО И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

86. Территорией страхования является территория страны временного пребывания Застрахованного, указанная в договоре страхования.

87. Договор страхования не действует на территории постоянного проживания или гражданства Застрахованного.

88. Из территории страхования исключается:

- 1) территория государства, выезд в которую не рекомендован Министерством иностранных дел Республики Казахстан;
- 2) территория государства, в пределах которой ведутся военные действия или антитеррористические операции;
- 3) территория, в пределах которой обнаружены и признаны очаги эпидемий;
- 4) территория страны, в которую Застрахованный выезжает на постоянное место жительства и для проживания на таких условиях.

89. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования, при условии уплаты страховой премии, и действует до 24 часов даты, указанной в договоре страхования как окончание срока его действия.

Фактическое количество дней, в течение которых действует договор страхования, указывается в договоре страхования.

90. В исключительных случаях по запросу Страхователя (Застрахованного), находящегося за границей, полученного от сервисной компании, действие договора страхования может быть продлено (исключая страховой полис) по согласованию со Страховщиком если Страхователь письменно сообщил Страховщику о своем намерении, не более, чем на три дня. Сообщение должно быть получено не позднее чем за два дня до окончания срока действия договора страхования.

91. Действие страховой защиты распространяется исключительно на период фактического пребывания Застрахованного за границей.

92. Договор страхования прекращается досрочно по одному из следующих обстоятельств:

- 1) смерти Застрахованного, не являющегося Страхователем, когда не произошла его замена;
 - 2) когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
 - 3) изменения условий и сведений, включенных в страховой полис, выданный Страховщиком в порядке, предусмотренном законодательными актами Республики Казахстан;
 - 4) отказ в визе, подтвержденный документально;
 - 5) в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством, договором страхования.
- В указанных случаях договор страхования считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для прекращения договора страхования, о чем заинтересованная сторона должна незамедлительно уведомить другую.

93. Стороны имеют право на досрочное расторжение договора страхования.

О намерении досрочного прекращения действия договора страхования, стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 2 (два) календарных дня до предполагаемой даты прекращения договора страхования.

94. При досрочном расторжении договора страхования по основаниям, указанным в п.92 Правил, до момента начала периода действия страховой защиты оплаченная страховая премия подлежит возврату в полном объеме.

95. В любом случае Страховщик не осуществляет возврат части страховой премии, если ее размер составляет менее 1000 (тысяча) тенге.

96. При расторжении договора страхования с момента начала действия страховой защиты, если Страховщику было направлено уведомление о страховом случае возврат страховой премии (ее части) не осуществляется.

97. При расторжении договора страхования Страхователем по любым основаниям до начала действия договора страхования (страховой защиты), Страховщик вправе при возврате Страхователю уплаченной суммы страховой премии удержать стоимость использованного бланка договора страхования в размере 200 (двести) тенге.

98. При отказе Страхователя от договора страхования, если это не связано с обстоятельствами, указанными в пункте 92 настоящей главы, уплаченная Страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату.

99. В случаях, когда досрочное прекращение договора страхования вызвано невыполнением его условий Страховщиком, последний обязан возратить Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью.

15. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

100. Стороны освобождаются от ответственности, если докажут, что надлежащее исполнение своих обязательств оказалось невозможным вследствие обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, по причине которых стало невозможным выполнение стороной обязательств по договору страхования.

101. При наступлении обстоятельств невозможности полного или частичного исполнения любой из сторон обязательств по договору страхования, срок их исполнения отодвигается соразмерно времени, в течение которого действуют такие обстоятельства.

102. Если форс-мажорные обстоятельства будут продолжаться более трех месяцев, то каждая из сторон имеет право отказаться от дальнейшего исполнения обязательств по договору страхования. В этом случае ни одна из сторон не имеет права требовать от другой стороны возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования.

103. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по договору страхования, должна в двадцатидневный срок известить другую сторону о наступлении или прекращении обстоятельств, препятствующих исполнению обязательств.

16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

104. Споры, вытекающие из договора страхования, решаются путем переговоров.

105. При недостижении сторонами соглашения спор рассматривается в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

17. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

106. На основании настоящих Правил страхования Страховщиком могут разрабатываться программы страхования (договоры страхования), включающие дополнительные условия, не противоречащие действующему законодательству.

107. В части неурегулированной настоящими Правилами страхования применяется действующее законодательство.

108. Внесение изменений и дополнений в договор страхования (исключая страховой полис) производится путем заключения дополнительного соглашения, на основании заявления одной из Сторон, направленного любым способом, позволяющим подтвердить принятие заявления другой стороной, в том числе посредством электронной почты.

109. При изменении условий и сведений, включенных в страховой полис, он прекращает свое действие досрочно.

“TRAVELLER” RULES OF VOLUNTARY INSURANCE OF PERSONS TRAVELING ABROAD

1. GENERAL PROVISIONS

1. These Rules of voluntary insurance of persons traveling abroad (hereinafter referred to as the “Insurance Rules”) have been developed in accordance with the legislation of the Republic of Kazakhstan, internal normative documents of Halyk-Kazakhinstrakh Subsidiary Insurance Company of the National Bank of Kazakhstan and shall regulate the terms of insurance, the order of conclusion, maintenance and execution of agreements of voluntary insurance of persons traveling abroad (hereinafter referred to as the “Insurance agreement”).

2. Halyk-Kazakhinstrakh Subsidiary Insurance Company of the National Bank of Kazakhstan, JSC shall enter into insurance agreements with legal entities and capable individuals based on the terms of these Insurance Rules.

3. Basic definitions used in the Insurance Rules:

- 1) **“Sudden illness”** means an unexpected impairment of health of the insured person characterizing by the occurrence of various forms of violations of body functions requiring urgent medical intervention to prevent further damage to health or threat to life;
- 2) **“Doctor”** means an individual having a professional medical education and carrying out medical activities;
- 3) **“Beneficiary”** means a person who is the recipient of the insurance payment in accordance with the Insurance agreement;
- 4) **“Disease”** means a violation of the normal functioning of Insured’s body resulting from functional and (or) morphological changes;
- 5) **“Insured”** means an individual in respect of whom the insurance is carried out. Unless otherwise provided for in the Insurance agreement, the Insured may be persons whose age at the time of commencement of the insurance cover varies from 0 to 75 years.
- 6) **“Medical transportation”** means the delivery of the Insured according to emergency medical indications in connection with the need of rendering of medical aid in outpatient or inpatient conditions to the nearest medical institution by a specialized or usual vehicle;
- 7) **“Medical evacuation”** means the transportation of the Insured (in the presence of medical indications, as well as the transportability of the Insured confirmed by the attending physician with an accompanying person) from the territory of the country of temporary stay (the territory of insurance) to the first international airport nearest to the permanent residence of the Insured when:
 - a) inpatient expenses may exceed the limit established by the Insurance agreement, and the Insured is not

able (refuses) to pay the difference between the cost of the expected medical expenses and the amount of the limit established by the Insurance agreement;

b) there is no possibility to provide the Insured with the required medical care in the country of temporary stay (the territory of insurance).

Medical evacuation shall be carried out only in cases when its necessity is confirmed by the conclusion of the Insurer’s doctor on the basis of documents of the local attending physician, and in the absence of medical contraindications.

Medical evacuation expenses shall be covered within the amount of the insurance sum established in the insurance agreement;

8) **“Medical expenses”** means inevitable and necessary expenses incurred during the Insured’s stay within the territory of insurance related to emerging disease and the need for medical care (diagnosis, therapeutic and/or surgical treatment) prescribed by a qualified practicing physician which cannot be postponed until return of the Insured to the place of his/her permanent residence (citizenship) in the Republic of Kazakhstan;

9) **“Medical Assistance”** means a representative of the Insurer. A legal entity that, on the basis of a Cooperation Agreement with the Insurer provides services for the organization and rendering of medical and other services in accordance with the category selected by the Assured under the terms of the agreement within the territory of insurance;

10) **“Medical institution” (“Medical network”)** means a legal entity with which the representative of the Insurer has concluded agreements for the rendering of services to the Insured persons;

11) **“Accident”** means a sudden, short-term event (accident) that occurred against the will of the Insured as a result of external mechanical, electrical, chemical or thermal effects on his/her body resulting in harm to health or death;

12) **“Acute disease”** means a disease occurring suddenly during the period of the insurance agreement and requiring emergency medical care and in this case such a medical care should be delivered immediately, i.e. within the first day after the occurrence of the event, and the refusal or delay in delivering medical care will result in the development of severe irreversible conditions, up to death;

13) **“Repatriation”** means the organization of transportation of the body of the deceased insured to the nearest international airport in the Republic of Kazakhstan by the service company, or to the international airport of the country of citizenship/permanent residence;

14) **“Accompanying person”** means a family member (relative) or other person who has the opportunity to travel abroad to accompany the Insured, if such support is necessary according to medical indications;

15) **“Sport”** means the sphere of social and cultural activity as a set of sports (a set of physical exercises or intellectual abilities in competitive activity) formed in the form of sports competitions and special training of a person for such sports competitions;

16) **“Urgent arrival of the accompanying person”** means the necessity of the accompanying person’s arrival to the medical institution of hospitalization of the Insured in the country of temporary stay (if the Insured person traveled alone) caused by the emergency situation and strictly according to the medical prescription of the doctor);

17) **“Assured”** means a person who has concluded an insurance agreement with the Insurer and paid the insurance premium;

18) **“Insurer”** means Halyk-Kazakhinstrakh Subsidiary Insurance Company of the National Bank of Kazakhstan, JSC registered as an insurance company and licensed to carry out insurance activities within the territory of the Republic of Kazakhstan;

19) **“Insurance territory”** means the territory specified in the insurance agreement which is covered by the insurance coverage;

20) **“Evacuation of children”** means the return of children (under the age of 18) travelling together with the Insured and left unattended due to the sudden illness of the Insured to the nearest international airport of the country of citizenship/permanent residence;

21) **“Urgent case”** means an unexpected event (a sudden illness or an accident) due to the emergency nature of which the Insured is unable to contact the Assistance or the Insurer;

22) **“Emergency medical care”** means a medical assistance requiring immediate medical intervention to prevent significant harm to health or eliminate the threat of life in case of sudden acute diseases, injuries, sudden deterioration of health, exacerbation of chronic diseases in accordance with the list specified in the insurance agreement.

2. OBJECT OF INSURANCE

4. The object of insurance shall be the property interests of the Insured related to the costs of the Insured person for obtainment of services in accordance with the category selected by the Assured and specified in the Insurance agreement arising from an accident and (or) sudden illness during his/her stay within the territory of insurance during the period of insurance coverage.

3. MEDICAL INDICATIONS

5. Medical indications are objective reasons and conditions for the obtainment of certain medical services for the diagnosis and treatment of the particular Insured’s disease that caused the application of the Insurer’s Representative to the Medical network in accordance with the Insurance rules, the Insurance agreement and the category of insurance.

6. Medical services and medicines shall be deemed to be prescribed in accordance with the Medical indications if these medical services and medicines are necessary and sufficient for the diagnosis and treatment of the Insured’s disease.

7. Medical services and medicines shall be not considered to be prescribed in accordance with Medical indications if these medical services and medicines have not prescribed for treatment and diagnosis, but only for the benefit of the Insured person who colluded with a doctor, medical organization or pharmacy which is established by a legally effective court decision/court verdict, a decision of the authorized bodies or other persons, or if the fact of such collusion is otherwise established.

8. Emergency indications for inpatient treatment:

- unconsciousness;
- external bleeding accompanied by severe blood loss, as well as internal bleeding and bleeding in the organs;
- burns and frostbites;
- failure of anatomical integrity of the body;
- poisonings;
- allergic reactions (Quincke’s edema, scalded skin syndrome, Stevens-Jones’ syndrome);
- convulsion;
- acute surgical states;
- acute kidney failure;
- acute hepatic failure;
- acute cerebral failure;
- acute respiratory failure;
- acute cardio-vascular insufficiency;
- acute myocardial infarction;
- hypertensive crisis;
- unstable angina;
- shock of any etiology

Medical indications for inpatient treatment – in case of the Insured’s state which does not require the delivering of emergency medical care, but there is a need for a complex of medical and diagnostic measures only in the conditions of permanent staying of the Insured in a medical organization due to the need for continuous medical monitoring of his/her medical state or technical complexity of medical and diagnostic procedures.

9. In case of the organization of inpatient treatment according to emergency and medical indications, the selection of medical organization and department shall be carried out in consultation with the Medical assistance and/or the Insurer.

10. During the course of inpatient treatment both according to emergency and medical indications, the Insurer shall cover diagnosis and treatment related only to the primary disease and associated diseases that are in causal relationship with the primary disease of the Insured.

4. INSURED EVENT

11. An insured event is an event with the signs of probability and accident upon the occurrence of which the insurance agreement provides for insurance payments.

12. An insured event shall be deemed to be (shall be) the occurrence of unforeseen expenses of the Assured (the Insured) in accordance with the selected insurance category during the period of insurance coverage during his/her stay abroad (within the insurance territory) associated with the applying of the Insured to the Service /Assistance company for emergency medical care because of sudden and acute illness and/or other impairment of health.

The right to select the category of insurance shall belong to the Assured. The types of expenses covered by insurance shall be determined depending on the category selected by the Insured:

12.1. Standard travel category

In case of insurance according to this category, the Insurer shall be obliged through the Service company/ Assistance company in case of a sudden illness of the Insured and/or other impairment of the Insured's health:

- 1) to arrange the delivery of medical care and pay the costs incurred in this regard to the Insured in the country of temporary stay;
- 2) at its own expense to arrange the transportation of the Insured to one of the nearest hospitals of the country of temporary stay;
- 3) at its own expense to arrange the transportation (evacuation) of the Insured to the nearest international port of the country of permanent residence and pay the expenses.

In each specific case, the decision on evacuation, selection of a clinic and the mode of transportation shall be made by the doctor of the Assistance company network or the doctor of the Insurer. The Insurer shall not reimburse the expenses for evacuation, transportation and other expenses of the Insured without the stated mutual approval;

- 4) to arrange for transportation of the body (repatriation) of the Insured in case of his/her death from the country of temporary stay to the nearest international port of the country of permanent residence at its own expense. In this case, the Insurer shall not bear the expenses for funeral services and burial, as well as the expenses for repatriation of the body carried out without the knowledge and consent of the Insurer or its representative - the Assistance Company.
- 5) to arrange the rendering of emergency dental care related to analgetic treatment of natural tooth,

namely therapeutic dental care including and limited by:

- extraction of natural teeth, but no more than 2 at a time, including treatment of pericoronitis, draining of abscess, root amputation and stitching;
- teeth denervation and depulping in case of a median and deep caries, including the cost of temporary filling materials;
- acute periodontitis;
- acute stomatitis;
- acute pulpitis;
- surgical dental care including and limited to the treatment of the anatomical integrity of the dental apparatus (jaw dislocation and jaw bone fractures) and to pay the expenses, but not exceeding KZT 15,000 (Fifteen thousand tenge), an exception shall be made for orthodontics, orthopedics, cosmetology, prosthetics and preparation thereto which shall not be covered by the Insurer.

12.2. Best travel category

In case of insurance according to this category, the Insurer shall be obliged in case of a sudden illness or other impairment of the Insured's health through the Service company/Assistance company:

- 1) to arrange the rendering of medical care and pay expenses incurred in this regard to the Insured in the country of temporary stay;
- 2) at its own expense to arrange the transportation of the Insured to one of the nearest hospitals of the country of temporary stay;
- 3) at its own expense to arrange the transportation (evacuation) of the Insured to the nearest international port of the country of permanent residence.

In each specific case, the decision on evacuation, selection of a clinic and the mode of transportation shall be made by the doctor of the Assistance company network. The Insurer shall not reimburse the expenses for evacuation, transportation and other expenses of the Insured without the stated mutual approval;

4) to arrange for transportation of the body (repatriation) of the Insured in case of his/her death from the country of temporary stay to the nearest international port of the country of permanent residence at its own expense. In this case, the Insurer shall not bear the expenses for funeral services and burial, as well as the expenses for repatriation of the body carried out without the knowledge and consent of the Insurer or its representative – the Assistance Company.

5) to arrange the rendering of emergency dental care related to analgetic treatment of natural tooth, namely therapeutic dental care including and limited by:

- extraction of natural teeth, but no more than 2 at a time, including treatment of pericoronitis, draining of abscess, root amputation and stitching;

- teeth denervation and depulping in case of a median and deep caries, including the cost of temporary filling materials;
 - acute periodontitis;
 - acute stomatitis;
 - acute pulpitis;
 - surgical dental care including and limited to the treatment of the anatomical integrity of the dental apparatus (jaw dislocation and jaw bone fractures) and to pay the expenses, but not exceeding KZT 30,000 (Thirty thousand tenge), an exception shall be made for orthodontics, orthopedics, cosmetology, prosthetics and preparation thereto which shall not be covered by the Insurer.
- 6) in case of hospitalization or death of the Insured to arrange and pay for expenses related to return of his/her children under the age of 16, if they are left without supervision from the country of temporary stay to the permanent place of residence. At the same time, the Insurer shall reserve the right to use their ticket, i.e. to return the ticket to the carrier's company and receive compensation, or to exchange the ticket for an earlier or later date in order to return the children;
- 7) to pay for a round-trip ticket to a relative of the Insured person when the Insured person is in hospital for more than 10 calendar days and in case of the absence of any relatives with him/her provided that the presence of a relative is necessary.

12.3. **Multy travel category**

The insurance policy of this category can be used by the Insured in cases of multiple trips abroad. Insurance coverage in this category shall not apply to persons engaged in physical labor or sportspeople.

When issuing an insurance policy of this category, the Insurer shall be obliged to provide the following services through the Service /Assistance company:

- 1) to arrange the rendering of medical care and pay expenses incurred in this regard to the Insured in the country of temporary stay;
- 2) at its own expense to arrange the transportation of the Insured to one of the nearest hospitals of the country of temporary stay;
- 3) at its own expense to arrange the transportation (evacuation) of the Insured to the nearest international port of the country of permanent residence.

In each specific case, the decision on evacuation, selection of a clinic and the mode of transportation shall be made by the doctor of the Assistance company network. The Insurer shall not reimburse the expenses for evacuation, transportation and other expenses of the Insured without the stated mutual approval;

- 4) to arrange for transportation of the body (repatriation) of the Insured in case of his/her death from the country of temporary stay to the nearest international port of the country of permanent residence at its own expense. In this case, the Insurer shall not bear the expenses for funeral services and burial, as well as

the expenses for repatriation of the body carried out without the knowledge and consent of the Insurer or its representative – the Assistance Company.

5) to arrange the rendering of emergency dental care related to analgetic treatment of natural tooth, namely therapeutic dental care including and limited by:

- extraction of natural teeth, but no more than 2 at a time, including treatment of pericoronitis, draining of abscess, root amputation and stitching;
- teeth denervation and depulping in case of a median and deep caries, including the cost of temporary filling materials;
- acute periodontitis;
- acute stomatitis;
- acute pulpitis;
- surgical dental care including and limited to the treatment of the anatomical integrity of the dental apparatus (jaw dislocation and jaw bone fractures) and to pay the expenses, but not exceeding KZT 30,000 (Thirty thousand tenge), an exception shall be made for orthodontics, orthopedics, cosmetology, prosthetics and preparation thereto which shall not be covered by the Insurer.

6) in case of hospitalization or death of the Insured to arrange and pay for expenses related to return of his/her children under the age of 16, if they are left without supervision from the country of temporary stay to the permanent place of residence. At the same time, the Insurer shall reserve the right to use their ticket, i.e. to return the ticket to the carrier's company and receive compensation, or to exchange the ticket for an earlier or later date in order to return the children;

7) to pay for a round-trip ticket to a relative of the Insured person when the Insured person is in hospital for more than 10 calendar days and in case of the absence of any relatives with him/her provided that the presence of a relative is necessary;

8) to provide assistance for the protection of the Insured's rights in court concerning a traffic accident that is the cause of impairment of health in the amount of damage not exceeding 600,000 tenge;

9) to assist the Insured in initiating a case for the protection of his/her rights if an event recognized as an insured event occurred due to the fault of a third party in the amount of expenses, but not exceeding KZT 600,000 (Six hundred thousand) tenge.

12.4. **Sport travel category**

The insurance policy of this category shall be used by persons engaged in amateur or professional sports. When issuing an insurance policy of this category, the Insurer shall be obliged to provide the following services through the Service company/Assistance company:

- 1) to arrange the rendering of medical care and pay expenses incurred in this regard to the Insured in the country of temporary stay, including during the games, competitions, tournaments, except for

reimbursement of expenses provided by the medical worker of the team;

2) at its own expense to arrange the transportation of the Insured to one of the nearest hospitals of the country of temporary stay;

3) at its own expense to arrange the transportation (evacuation) of the Insured to the nearest international port of the country of permanent residence and pay expenses. In each specific case, the decision on evacuation, selection of a clinic and the mode of transportation shall be made by the doctor of the Assistance company network. The Insurer shall not reimburse the expenses for evacuation, transportation and other expenses of the Insured without the stated mutual approval;

4) to arrange for transportation of the body (repatriation) of the Insured in case of his/her death from the country of temporary stay to the nearest international port of the country of permanent residence at its own expense. In this case, the Insurer shall not bear the expenses for funeral services and burial, as well as the expenses for repatriation of the body carried out without the knowledge and consent of the Insurer or its representative - the Assistance Company.

5) to arrange the rendering of emergency dental care related to analgetic treatment of natural tooth, namely therapeutic dental care including and limited by:

- extraction of natural teeth, but no more than 2 at a time, including treatment of pericoronitis, draining of abscess, root amputation and stitching;
- teeth denervation and depulping in case of a median and deep caries, including the cost of temporary filling materials;
- acute periodontitis;
- acute stomatitis;
- acute pulpitis;
- surgical dental care including and limited to the treatment of the anatomical integrity of the dental apparatus (jaw dislocation and jaw bone fractures) and to pay the expenses, but not exceeding KZT 30,000 (Thirty thousand tenge), an exception shall be made for orthodontics, orthopedics, cosmetology, prosthetics and preparation thereto which shall not be covered by the Insurer.

13. Unless otherwise provided for in the Insurance agreement, an insured event shall be deemed as occurred provided that the Insured person for the arrangement of medical care or other services provided for in the Insurance agreement has applied to the Assistance Company and performed all actions in accordance with its instructions.

14. The list of the Insured's expenses covered by insurance shall be determined by the insurance program (the Insurance agreement).

15. The burden of proof of the occurrence of an insured event, as well as the losses caused by it shall lie with the Assured (the Insured or the Beneficiary).

5. EXCLUSIONS FROM INSURANCE EVENTS AND INSURANCE LIMITS

16. According to these Rules, insured events shall not be recognized as expenses of the Insured due to:

- 1) wars, invasions, hostile actions of a foreign state, military or similar operations (whether declared or not) or civil wars;
- 2) civil commotions of all kinds, mass disorders or strikes, riots, lock-outs, civil disturbances escalating to a popular uprising, a riot, civil commotions, a military uprising, a revolution, military seizure or usurpation of power, a confiscation, a requisition or nationalization of property, terrorist acts;
- 3) effects of a nuclear explosion, radiation or radioactive contamination;
- 4) actions of the Insured (the Beneficiary) committed in a state of alcohol, toxic or narcotic intoxication or under the influence of drugs or psychotropic substances;
- 5) natural disasters: earthquakes, floods, mudflows, hurricanes, tornadoes, etc.;
- 6) technogenic catastrophes: explosions and leakage of toxic substances at factories, pipelines breaks or accidents, air crashes, train crashes, shipwrecks, etc.;
- 7) intentional actions of the Assured, the Insured and (or) the Beneficiary aimed at the occurrence of an insured event or contributing to its occurrence, except for actions committed in a state of necessary defense and emergency;
- 8) actions of the Assured, the Insured and (or) the Beneficiary recognized in the procedure established by legislative acts as intentional crimes or administrative offences which are in causal connection with an insured event.

17. The following may also be the basis for the Insurer's refusal to pay the insurance benefit:

- 1) the communication of knowingly false information from the Assured to the Insurer on the object of insurance, the insurance risk, the insured event and its consequences;
- 2) intentional non-taking the steps by the Assured for the reduction of losses from an insured event;
- 3) preventing the Insurer from investigating the circumstances of an insured event and determining the amount of the loss caused by it;
- 4) failure to notify the Insurer of an insured event;
- 5) failure to comply with established and generally accepted safety rules and regulations, instructions for the use of hazardous facilities, as well as non-compliance with standards, regulations, laws or industry-specific regulatory documents established for the implementation of any kinds of activities.
- 6) if the Insured's ill health or death is in a direct cause-effect relation with diseases existing at the beginning of the insurance period regardless of whether the treatment was performed or not, and also if the travel abroad was contraindicated to the Insured according to his/her state of health and (or) the departure could aggravate the course of the existing disease.
- 7) if the purpose of the trip is to obtain medical services.

8) other cases provided by legislative acts.

18. The Insurer shall not make insurance payment for:

- 1) indirect commercial losses of the Assured (the Insured), losses (penalties, forfeits and fines), losses in the form of loss of profits;
- 2) moral damage;
- 3) non-medical expenses incurred, e.g. telephone calls, taxi services, interpreter services, accommodation of accompanying persons, luxury level wards and other;
- 4) expenses for the delivering of emergency medical care to the Assured (the Insured) related to the commission or attempt to commit an unlawful act which in accordance with the current legislation of the country of temporary residence resulted in an administrative punishment or criminal prosecution against the Insured, except in cases of exceeding the limits of necessary defense;
- 5) legal expenses.
- 6) medical services not covered by the insurance agreement/program
- 7) services not agreed with the Insurer or Assistance for medical and other services on examination and (or) treatment of the Insured within the territory of insurance which obtainment was his/her intended purpose at the time of conclusion of the Insurance agreement;
- 8) services of a sports team doctor or medical services which are assured by the organizers of sports events in case of the Insured person's trip abroad for the purpose of participation in them;
- 9) the Insured's failure to comply with the recommendations of the service company coordinator, the doctor, the rules of conduct in the medical institution upon availability of instructions in the medical report.

19. The Insurer shall not pay the insurance indemnity in the following cases:

- 1) provision of medical services not related to the scope of emergency medical care and not prescribed by the attending physician in case of emergency visiting;
- 2) chronic diseases and exacerbations thereof which did not cause a threat to the life of the Insured, except when the exacerbation/complication of chronic diseases was the result of an injury or other event recognized as an insured event, benign and malignant tumors, their complications and exacerbations, as well as diagnosis thereof regardless of the time of finding;
- 3) diseases requiring treatment within the last 6 months prior to the commencement of the Insurance agreement, as well as diseases which the Insured had in the first day of the trip, the consequences (complications) arising during the period after the surgical or therapeutic treatment of such a disease;
- 4) preventive vaccinations and medical examinations;
- 5) mental disorders and diseases, depression;
- 6) purchase of medical products: glasses, contact lenses, acoustical apparatuses, related medical products: wheelchairs, bandages and crutches, and others;

7) cosmetic, plastic and reconstructive surgery of any kind, except for an event resulted in the deficiency of the anatomical integrity of the body as a result of an event recognized as an insured event when there is a need in skin transplantation or restoration of vascular functions (burns);

8) solar radiation, photodermatosis;

9) HIV, AIDS, venereal and sexually transmitted diseases, including their diagnosis and treatment;

10) treatment in sanatoria, hospitals, rest homes and other organizations of medical or sanatorium-resort type, guardianship care;

11) the state of pregnancy, childbirth, any complications of pregnancy over 12 weeks, as well as abortions, including spontaneous, except in cases that pose a direct threat to the life of the Insured, moreover, in all cases the term of pregnancy should not exceed 12 weeks;

12) all kinds of prosthetics, including eye and dental;

13) infectious diseases that could have been prevented by early vaccination;

14) examinations, analyses, taking of medical products beyond the need and sufficiency according to the doctors of the service company (the representative of the Insurer); expenses related to the provision of services that are not vital from a medical point of view;

15) dental care, except for emergency one specified herein;

16) all methods of alternative treatment (herbal medicine, hirudotherapy, homeopathic treatment, acupuncture, floating therapy, treatment in a hyperbaric chamber, hydromassage, hydrocolonotherapy, dry and underwater traction, mud therapy, light therapy, bio-resonance therapy), restorative (rehabilitation) treatment and other methods of alternative or non-classical medicine, physiotherapy, with the exception of inhalation in case of a bronchial spasm, health impairment as a result of administering medicines causing alcoholic intoxication when the level of alcohol content in the blood is 1 mg per 100 grams of blood weight (1 ppm) or more, drug intoxication or taking medications both plant origin and means produced by chemical synthesis causing alcohol, drug or toxic intoxication;

17) a suicide or attempted suicide, any damage to own health by the Insured;

18) unless otherwise provided by the Insurance agreement diseases and/or injuries resulting from the Insured person's participation in dangerous kinds of entertainment or sports (if the corresponding risk category is not paid for) resulting in a high risk of injury and/or death:

- any kind of professional or amateur sports involving high speeds and high-altitude jumps (including sports boating, motorcycle/car racing), jumping into the water from rocks, bungee jumping, (excluding bananas, water attraction/water park rides);
- surfing, diving, rafting, sky jumping, hang-gliding, paragliding, quad biking, jet skiing, snowboarding and skiing, rock climbing, mountain climbing, close fight, wrestling, boxing, unarmed self-defence, judo, karate, taekwondo, sumo, kickboxing, aikido, kendo, kobu-do, wushu, kung fu (except for the selection of

- category of insurance coverage for sportspersons travelling for participation in sporting competitions);
- football, windsurfing, weightlifting, weight lifting and diving with the exception of cases of insurance on Sport travel category;
- 19) cases when the Insured exposes himself/herself to unjustified risk, i.e. risk that may result in death or bodily injury, if the additional risk was not provided and paid for by agreement of the Parties with the issuance of an insurance policy at special rates for professional sportspersons traveling for participation in sports competitions;
- 20) intentional infliction of harm to own health by the Insured in order to receive insurance payment for the obtained medical services within the territory of insurance;
- 21) artificial insemination, infertility treatment or prevention of conception;
- 22) driving a vehicle by a person who is not entitled to it, or a person who is intoxicated or under the influence of drugs, psychotropic substances and desensitizing (sedative) substances causing drowsiness, disorientation and attention concentration impairment;
- 23) self-treatment, treatment by a member of the Assured's (the Insured's) family;
- 24) diseases, if they are caused by the actions of a doctor not authorized by the Insurer;
- 25) outside the territory of insurance;
- 26) service or training in military and law enforcement agencies;
- 27) voluntary refusal of the Assured (the Insured) from evacuation to the country of permanent residence in cases when it is permitted according to medical reasons. The expenses for services provided to the Insured shall not be paid from the time of written refusal;
- 28) voluntary the Assured's (the Insured's) refusal to comply with the doctor's instructions received in connection with his/her visiting concerning an insured event and all the consequences of such a refusal.
- 29) surgical treatment which could be replaced by conservative (non-surgical) methods of treatment or which could be delayed until the return of the Insured to the place of permanent residence or which was not approved by the Insurer or Assistance company.
- 30) travel abroad for the purpose of employment (labor activity) associated with a high risk of harm to health and/or the occurrence of an accident, including the death of the Insured.
20. The Insurer shall not be exempted from the payment of insurance benefit which shall be payable in the event of the death of the Insured if the death was due to a suicide.
21. It shall not be an insured event and the Insured's expenses shall not be subject to indemnification due to physical work, dangerous outdoor activities, amateur or professional sports. This exception does not apply to "Sport travel" category.
22. The following shall not be recognized as insurance events in accordance with the terms of these Rules: all diseases specified in the order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No.526 dated

October 14, 2009 "Concerning the approval of the list of diseases which treatment is prohibited in the private health sector", namely:

- 1) quarantine infections: smallpox, poliomyelitis (induced by a wild poliovirus), human flu (induced by a new subtype), severe acute respiratory syndrome (SARS), cholera, plague, yellow fever, Lassa fever, a disease induced by the Marburg virus, a disease induced by Ebola virus, West Nile fever, Dengue fever, Rift Valley fever, meningococcal infection;
 - 2) especially dangerous infections: human immunodeficiency virus infection, acquired immunodeficiency syndrome, Crimean-Congo hemorrhagic fever, hemorrhagic fever with renal syndrome, leprosy, rabies, leptospirosis, listeriosis, tuberculosis, tularemia, brucellosis, anthrax, epizootic apthae;
 - 3) parasitic diseases: echinococcosis, malaria;
 - airborne infections: diphtheria, pertussis, measles, rubella, mumps, diphtheria agents carrier state, congenital rubella infection (congenital rubella syndrome), Hemophilus infection, tetanus;
 - 4) acute infectious diseases: acute viral hepatitis, typhoid and A, B and C paratyphoid, salmonellosis, dysentery, yersiniosis, rickettsiosis, tick-borne viral encephalitis;
 - mental illnesses;
 - malignant neoplasms;
 - oncohematological diseases;
 - venereal diseases (syphilis, gonorrhoea).
- 5) diseases and consequences thereof that occurred prior to the beginning of the insurance period;
- 6) alcoholism, drug addiction, toxicomania;
- 7) parasitic and infectious diseases (helminthiasis, protozoan diseases): ascariasis, giardiasis, ancylostomiasis, opisthorchiasis, cestodosis;
- 8) hyperplastic processes (cervical erosion, endometriosis, etc.);
- 9) congenital disease (including malformations and abnormal developments);
- 10) skin diseases (psoriasis, eczema, shingles, mycoses, alopecia, vitiligo, scabies, etc.);
- 11) cytomegalovirus and herpes infection, fungal diseases;
- 12) gastrointestinal diseases: Crohn's disease, liver cirrhosis, ulcerative colitis, celiac disease;
- diagnosis and treatment of diseases of the musculoskeletal system: scoliosis, kyphosis, lordosis, flat feet;
- vascular diseases (obliterating endarteritis, atherosclerosis, aneurysm, varicose veins, thrombophlebitis);
- Takayasu disease (non-specific aortoarteritis), Burger's disease (obliterating thrombangiitis), varicocele, rectal varices - hemorrhoids;
- eye diseases: myopia, astigmatism, cataract, glaucoma, retinopathy, spasm of accommodation, long-term consequences of eye trauma in the form of retinal detachment, eyelid massage and biostimulation of the eyeball. Expenses associated with surgical vision correction, including the use of laser, manipulation

associated with the use of hardware and software systems in ophthalmology;

13) plastic surgery, cosmetic treatment and other treatments related to the elimination of deficiencies in appearance or bodily abnormalities, surgical sex change, weight correction, etc. The exception is the skin grafting carried out in the process of treatment of burns due to an event that occurred during the period of the Insurance agreement validity;

14) diagnosis and treatment of eating and metabolic disorders: obesity, uratic diathesis, podagra, dystrophy, etc.;

diagnosis and treatment of endocrine diseases: diabetes mellitus, thyroid diseases and consequences thereof (except for the primary consultation of an endocrinologist and one-time studies before establishing diagnosis);

15) systemic diseases (systemic lupus erythematosus, periarteritis nodosa, systemic scleroderma, Bekhterev's disease, Sjogren disease, Reiter's disease, arthropathy deformans, dermatomyositis, systemic vasculitis, rheumatism, etc.), skeletal system diseases (osteoporosis, calcaneal spur, dysplasia, etc.), autoimmune diseases (autoimmune thyroiditis (Derbyshire neck), autoimmune hepatitis, autoimmune blood diseases, etc.);

diagnosis and treatment of prostatitis (with the exception of the primary consultation of the urologist and the necessary minimum studies prior to establishing diagnosis), urological massage;

16) diagnosis and treatment of infertility, menstrual disorders, impotence, all methods of contraception;

17) selection, purchase and repair of corrective equipment (glasses, lenses, crutches, acoustical apparatus, etc.)

18) Diseases of organs and tissues requiring transplantation or prosthetics, including endoprosthesis replacement, reconstructive surgery, organ and tissue transplantation, as well as the consequences of such operations;

19) medical expenses related to coronary angiography; as well as cardiac surgical interventions (coronary artery bypass grafting, stenting, installation of electric cardiac pacemaker, etc.) even if there are medical indications;

diagnosis and treatment of visible congenital defects (dwarfism, accelerated puberty), congenital, gene, chromosomal diseases and congenital and acquired defects, cerebral palsy;

diagnosis and treatment of allergic chronic diseases, except for acute conditions requiring urgent measures; therapeutic methods used in the period of remission of respiratory allergic diseases (e.g. specific hyposensitization, histamine-therapy and methods of vegetotropic therapy);

the use of pharmacological medications, outpatient and inpatient treatment, immunogram, enzyme immunoassay diagnostics, physiotherapeutic procedures in the period of clinical and laboratory remission of allergic diseases;

20) chronic renal failure, chronic heart failure and chronic liver failure, and other diseases of organs and tissues that require hemodialysis, plasmapheresis and hemosorption;

21) chronic respiratory diseases: bronchiectatic disease, bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary emphysema and other chronic lung diseases with respiratory failure of 2nd or 3rd degree;

22) cardiovascular diseases: Abramov-Fiedler myocarditis, cardiomyopathy; diseases requiring the introduction of an artificial pacemaker; chronic rhythm disorders (atrial fibrillation, full atrioventricular heart block, postinfarction cardiosclerosis, heart aneurysm, acquired and congenital heart defects), chronic diseases of the cardiovascular system with circulatory failure of IIB-III degree;

23) diseases of urinary system: polycystic kidney disease; chronic glomerulonephritis, chronic renal failure of 2nd or 3rd degree, renal amyloidosis, nephroangiosclerosis, hydronephrosis, congenital abnormalities of kidneys and urinary tract, enuresis of any kind, nephroptosis;

24) diseases of central nervous system: states after a brain circulation disorder and its consequences; hepatocerebral dystrophy (Wilson-Konovalov's disease), Alzheimer's disease, Parkinson's syndrome, epilepsy, cerebral palsy, post-traumatic encephalopathy;

25) non-traditional methods of diagnostics and treatment: iridology, auriculodiagnostics, light diagnostics, dry and underwater traction, floating therapy, blood ultraviolet irradiation, autohemotherapy, vacuum therapy, manual therapy, herbal medicine, treatment in a hyperbaric chamber, occupational therapy, hirudotherapy, diagnostics through Voll method, IFS-therapy, bioresonance therapy, acupuncture, hydrotherapy; balneology: mud treatment etc.; occupational diseases - diseases resulting from the exposure of the organism to adverse factors of production environment;

26) acute and chronic radiation sickness;

27) chronic hepatitis, cirrhosis of any etiology and degree of activity;

medical examination carried out for the purpose of registration of certificates for permission to carry weapons, obtaining a driver's license, visiting health facilities, admission to educational institutions, preparation of certificates for travel abroad, unless otherwise provided by the insurance program;

28) dental expenses for prosthetics, preparation for orthopedics, cosmetology (whitening, cleaning and removal of dental deposits), orthodontics unless otherwise provided by the insurance program; consultations and all methods of laboratory and instrumental examinations related to pregnancy and childbirth unless otherwise included in the insurance program;

expenses related to artificial insemination and abortion and related complications (except for operations performed according to medical indications);

any expenses associated with diagnostic studies unless otherwise provided by the Insurance agreement: enzyme immunoassay, polymerase chain reaction, immunofluorescence test;

determination of the level of blood hormones;

bacteriological examination of blood, urine, for dysbacteriosis;

29) magnetic resonance or computed tomography except for emergency indications;

30) expenses for diseases with preventive and planned treatment unless otherwise provided by the insurance program;

31) purchase of medical devices for prophylactic and medical indications (masks, inhalers, thermometers, bandages, cotton wool, adhesive plaster, enemas, etc.).

23. The purchase of the following medicines shall not be included in the Insurance coverage (shall not be an Insured event):

1) contraceptives (except when prescribed according to medical indications);

2) multivitamins (except vitamins for intravenous and intramuscular use);

anti-tuberculosis drugs to treat tuberculosis;

bioactive additives;

homeopathic preparations;

3) anorexant drugs;

4) cosmetic products;

biological stimulants (e.g. ginseng tincture, etc.);

5) enzymes (except digestive enzymes);

6) antidepressants, nootropics.

24. The following persons shall not be admitted for insurance:

HIV-infected;

• persons with malignancies, including oncohematological neoplasms;

• persons who are registered in narcological, neuropsychiatric, tuberculosis and dermatovenerologic dispensaries;

• persons who are disabled persons of group 1 and 2;

• persons over 75 years of age unless otherwise stipulated by the terms of the Insurance agreement;

• persons with severe diseases of cardiovascular and bronchopulmonary systems (bronchial asthma, bronchiectatic disease, acquired and congenital heart defects, heart failure of IIB-III degree, severe arrhythmia, postinfarction cardiosclerosis and cardiomyopathy);

• persons with liver cirrhosis and chronic viral hepatitis with high activity;

• persons with diabetes;

• persons with socially significant diseases and diseases that pose a danger to others, the list of which is established by the decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 2018 dated 04.12.2009 (and in case of termination of its effect, in another document replacing it).

If during the validity period of the Insurance agreement it becomes clear that the Insurance agreement is concluded in respect of one of the person specified in paragraph 17, then the provision of insurance coverage in respect of such an Insured shall be ceased.

6. INSURANCE AMOUNT. FRANCHISE

25. Insurance amount is the amount of money for which the object of insurance is insured and which is the ceiling of the Insurer's liability in case of occurrence of an insured event.

26. The Insurance agreement (Insurance Program) may establish insurance amounts (limits of liability of the Insurer) for certain types of risk or expenses covered by insurance.

27. The amount of sum insured (limits of liability of the Insurer) shall be determined by agreement of the parties and specified in the Insurance agreement. Franchise is the Insurer's exemption from compensation of damage not exceeding a certain amount provided for by the insurance terms.

28. In the case of a conditional franchise, the Insurer shall be exempt from compensation for damage not exceeding the established amount of the franchise, but shall compensate the damage in full if it is greater than this amount.

29. In case of an unconditional franchise, the damage shall be compensated in all cases less the established amount of the franchise.

30. The amount and type of franchise shall be specified in the Insurance agreement.

7. INSURANCE PREMIUM

31. Insurance premium is the amount of money which the Assured is obliged to pay to the Insurer for the latter's commitment to make the insurance payment to the Beneficiary in the amount specified in the Insurance agreement.

32. The insurance premium shall be established by the Insurer in accordance with the insurance premium rates in force at the time of conclusion of the Insurance agreement taking into account the degree of insurance risk (insurance program) and the insurance period.

33. The procedure and terms of payment of the insurance premium shall be established by the Insurance agreement.

8. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

34. The Insurer shall be obliged:

1) to familiarize the Assured with the Insurance rules (insurance terms) and provide with a copy of the Insurance rules, if the Insurance agreement is concluded in the form of an adhesion agreement with the issuance of the insurance policy to the Assured;

2) to control the scope, terms and number of services provided in accordance with the terms of the Insurance agreement;

3) upon the occurrence of an insured event to make an insurance payment in the amount, in the manner and within the time frame established by the Insurance agreement;

- 4) in case of failure to submit by the Assured (the Insured, the Beneficiary) all the documents necessary for making a decision on the insurance payment, to notify the applicant of the missing documents within ten (10) working days from the date of submission of an incomplete package of documents within the time limit established by the Insurance agreement;
- 5) to refuse to return the insurance premium, to make insurance payments in cases provided by the Law of the Republic of Kazakhstan On Combating Legalization of Illegally Gained Income and Financing of Terrorism;
- 6) to compensate the Assured (the Insured) for the expenses incurred to reduce losses in the event of an insured event;
- 7) in case of loss of the Insurance agreement to issue a duplicate to the Assured on the basis of the Assured's application;
- 8) to ensure the secrecy of insurance.

35. The Insurer shall have the right:

- 1) to require the Assured to provide information necessary for determination of the degree of risk, the preparation of the Insurance agreement, including information on previous Insurance agreements, insurance events and insurance payments;
- 2) to refuse to pay the insurance indemnity on the grounds stipulated by these insurance Rules (the Insurance agreement);
- 3) in case of increasing the degree of insurance risk, to revise the terms of the Insurance agreement, including the requirement to pay an additional insurance premium;
- 4) to check the information and documents provided to it;
- 5) to request from the relevant state bodies and organizations taking into account their competence, the documents confirming the fact of occurrence of an insured event and the amount of damage caused;
- 6) to require from the Assured (the Insured) any information and documents necessary to establish the fact of occurrence of an insured event, the circumstances of its occurrence and the amount of damage caused;
- 7) to require from the Assured (the Insured) the return of the value of unused travel tickets (air, road, rail or sea transport) paid by the Insurer in the event of an insured event for the purpose of evacuation of the Insured to the country of residence or in the case of return of the Insured's children left unattended within the territory of insurance due to the Insured's disease or accident occurred;
- 8) if necessary, at the time of conclusion of the Insurance agreement to send the Insured to a medical examination;
- 9) to suspend the payment of insurance indemnity till clarification of all the circumstances and causes of occurrence of an insured event by sending to the Insured a written justification of the reasons;
- 10) to terminate the Insurance agreement in advance in the manner provided by the Insurance rules (the Insurance agreement);

- 11) to refuse to conclude the Insurance agreement;
- 12) of a claim which the Assured (the Insured) has against the person responsible for the losses compensated as a result of insurance.

36. The Assured shall be obliged:

- 1) to inform the Insurer of known circumstances that are essential for determining the probability of occurrence of an insured event and the amount of possible losses in the event of its occurrence;
- 2) to provide information to the Insurer on the conclusion of similar insurance agreements with other insurance companies (double insurance);
- 3) to pay the insurance premium in the amount, in the manner and within the time limits established by the Insurance agreement;
- 4) to inform the Insured of the insurance terms.

37. The Assured (the Insured) shall be obliged:

- 1) at the time of conclusion of the Insurance agreement to give consent to the release of doctors and other employees of medical institutions from the obligation of confidentiality to the Insurer in the part relating to an insured event;
- 2) to inform the Insurer of the insurance risk condition;
- 3) to notify the Insurer of the occurrence of an insured event in the manner and within the time limits provided for in the Insurance agreement;
- 4) to comply with the terms of these Insurance rules (the Insurance agreement);
- 5) to provide the Insurer with all available information and documents that allow to judge the causes and consequences of an insured event, the nature and amount of the damage caused;
- 6) to ensure the safety and transfer of the original documents to the Insurer to confirm the fact of application for medical care and expenses on an insured event with a notarized translation into Russian or Kazakh language;
- 7) to follow the instructions of the Assistance company, to follow the instructions of the attending physician received in the course of medical services, to follow the schedule established by the medical institution;
- 8) in case of any injury, poisoning and other accidents to undergo a medical examination for alcohol content in the blood. In case of the Insured's refusal to undergo this procedure, the Insurer shall be entitled to refuse to pay insurance indemnity fully or partially;
- 9) for making a decision on the insurance payment, to provide the necessary documents in Russian or the state language. If the document is made in another language, the Assured (the Insured) shall be obliged to provide the Insurer with a notarized translation of the document into Russian or the state language (such services shall be paid by the Assured (the Insured) independently).
- 10) to ensure the transition to the Insurer of the right of claim to the person responsible for the occurrence of an insured event.

38. The Assured shall have the right:

- 1) to demand from the Insurer information on its solvency and financial stability;
- 2) to familiarize with these Insurance rules;
- 3) to terminate the Insurance agreement ahead of time in the manner provided by these Insurance rules (the Insurance agreement);
- 4) to obtain a duplicate of the Insurance agreement in case of its loss.

39. The Assured (the Insured) shall have no right to transfer the Insurance agreement to other persons for the purpose of obtaining the services provided by the Insurance agreement. If it is established that the Insured has transferred the Insurance agreement to another person for such purpose, the Insurer shall have the right to terminate the Insurance agreement ahead of time in respect of that Insured. Moreover, the insurance premium paid shall not be refundable.

40. The Assured (the Insured) and the Insurer shall have other rights and obligations stipulated by the legislation, these Insurance rules and the Insurance agreement.

9. CHANGE OF RISK LEVEL DURING THE INSURANCE AGREEMENT VALIDITY PERIOD

41. During the validity period of the Insurance agreement, the Assured (the Insured) shall be obliged immediately (but not later than within three days from the time of occurrence) to inform the Insurer of new significant changes in the circumstances reported to the Insurer at the time of conclusion of the Insurance agreement, if such changes can significantly affect the increase in the insurance risk.

Significant, in any case, shall be recognized changes in the information provided at the time of conclusion of the Insurance agreement or specified therein (insurance territory, purpose of travel, duration of stay, etc.).

42. The Insurer notified of the circumstances resulting in the increase in the insurance risk shall have the right to demand changes in the terms of the Insurance agreement and (or) payment of an additional insurance premium in proportion to the increase in risk.

If the Assured (the Insured) objects to the change of the terms and conditions of the Insurance agreement or additional payment of the insurance premium, the Insurer shall be entitled to terminate the Insurance agreement ahead of time. In this case, the Insurer shall return to the Assured the paid insurance premium for the unused period less the Insurer's expenses for conducting of case in the amount of 25% of the amount to be returned.

43. If the Assured (the Insured) fails to comply with the obligation provided for in paragraph 34 of this chapter, the Insurer shall be entitled to demand termination of the Insurance agreement and compensation for losses caused by termination.

44. The Insurer shall not be entitled to demand termination of the agreement if the circumstances resulting in the increase of the insurance risk have already disappeared.

10. ACTIONS OF THE ASSURED (THE INSURED) IN THE EVENT OF OCCURRENCE OF AN INSURED EVENT

45. Upon the occurrence of any event having the signs of an insured event and (or) the consequence of which may be the occurrence of an insured event, before seeking medical assistance (services) or other additional service, the Insured shall be obliged immediately, but not later than within 24 hours from the time of its occurrence to contact the Assistance and communicate:

- 1) first name and surname;
- 2) number and duration of the Insurance agreement;
- 3) his/her location, contact phones;
- 4) brief information on the event and necessary assistance.

46. After receiving the instructions from the Assistance, the Insured shall be obliged to act in strict accordance with the instructions received.

47. Upon occurrence of an insured event provided by the Insurance agreement, as well as upon notification of the Assistance (the Insurer) of the occurrence of an insured event (accident) within the terms established by the Insurance agreement, the Assistance on behalf of the Insurer shall arrange and ensure the provision of medical care (services) and other additional services to the Insured provided by the terms and conditions of the Insurance agreement. In this case, the services shall be provided within the scope necessary and sufficient to provide emergency medical care, as well as taking into account the franchise established by the Insurance agreement.

48. In case of arrangement of medical evacuation, evacuation of children or repatriation of a deceased body, the Insurer (the Assistance) shall be entitled to use the return ticket of the Insured (a child traveling with him/her).

49. In case of emergency, when due to an emergency or for objective reasons where the Assured (the Insured) is deprived of any opportunity to apply to the Assistance, he/she shall have the right to visit a doctor from any medical institution nearest to the place of the event and to pay expenses for the medical care provided to him/her.

In this case, the Assured (the Insured) shall be obliged:

- 1) to take reasonable and available measures to reduce losses related to the insurance event in the current situation;
- 2) to provide documentation of the event by the competent authorities (depending on the nature of the event as a result of which the Insured person was injured or died);
- 3) to provide at the request of the Insurer and (or) the Assistance documentation on the diagnosis and treatment in connection with the insured event, as well as the opportunity to familiarize with the medical documentation by giving consent to the release of the attending physician from the obligation of medical confidentiality;

4) immediately, as soon as the physical condition allows (within 24 hours from the time of applying for medical care, but not later than three working days from the date of occurrence of an insured event) to report to the Assistance:

- a) surname name and first name of the Insured;
- b) number and duration of the Insurance agreement;
- c) name, address and telephone number of the medical institution to which the Insured is sent;
- d) first name, surname, address and telephone number of the attending physician;
- e) the address of permanent residence and citizenship of the Insured.

50. In case of death of the Insured, the obligation to notify the Insurer of the insured event shall be the responsibility of the Assured (the Beneficiary).

51. Timely applying of the Insured to the Assistance and negotiation with it of medical and other expenses covered in accordance with the terms of the Insurance agreement shall be a compulsory condition for the insurance payment, except for events specified in paragraph 49 of this chapter.

52. Non-notification (untimely notification) of the Assistance or the Insurer of the occurrence of an event which consequences resulted in the insured event shall give the latter the right to refuse to make the insurance payment, or to make insurance compensation in the amount of 70% of the amount of the covered expenses provided that the insurance event is undeniable for the Insurer, unless it is proved that the Insurer has timely found out the occurrence of an insured event or the absence of the Insurer could not affect its obligation to make the insurance payment, as well as with the exception of cases when the Assured (the Insured) for a valid reason (inpatient treatment upon return, funeral of a family member, etc.) was not able to fulfill that obligation and confirmed it documentarily.

53. The Assured (the Insured) shall be obliged to release the doctor carrying out the examination and treatment from the obligation to keep medical secrecy before the Insurer.

54. In the case when the Assured (the Insured) has paid the expenses for medical services received in the country of stay independently, subject to the compliance with the conditions of these Insurance rules, the Insured (the Assured) shall be obliged to provide the Insurer with documents no later than thirty working days from the date of arrival in the Republic of Kazakhstan (the country of permanent residence).

11. LIST OF DOCUMENTS CONFIRMING THE OCCURRENCE OF AN INSURED EVENT

55. For making a decision by the Insurer on the insurance payment, the Assured (the Insured, the Beneficiary) should provide:

- 1) written application for insurance benefit;
- 2) original Insurance agreement (duplicate);
- 3) originals of medical documents (medical report) containing information on the health state of the

Insured at the time of applying for medical care, established diagnosis, conducted manipulations and treatment (calculation of medical expenses);

- 4) original prescriptions, invoices, fiscal receipts, receipts for payment of medical and other services covered under the terms of the Insurance agreement;
- 5) a copy of the foreign passport of the Insured with marks on crossing the state border of the Republic of Kazakhstan and the country that is the territory of insurance;
- 6) documents proving the identity of the Insured (the Beneficiary) and the right to receive insurance payment;
- 7) a copy of the birth certificate if the Insured is a minor;
- 8) originals or copies of travel tickets
- 9) information on the Bank account of the Beneficiary;
- 10) in case of an accident - documents confirming the fact and causes of the insured event:
in case of a traffic accident - originals or copies of acts of the traffic police;
in case of third-party damage - the decision on recognition of the Insured as a victim and the act of the police;
in case of fire – the act of fire.

56. In case of death of the Insured, additional documents should be provided:

- 1) notarized copies of documents provided for by legislative acts and containing data on the cause of death of the Insured (conclusion of forensic medical examination, etc.);
 - 2) original or notarized copy of death certificate;
 - 3) the results of post-mortem examinations (at the Insurer's request);
 - 4) documents confirming the postmortem repatriation of the Insured: transportation documents for the cargo-200, receipts, checks confirming the costs for embalming the body, the cost of the coffin.
- Payment documents should be issued in the name of the Beneficiary.

If the services have been paid by the Insured during his/her lifetime, the insurance benefit shall be paid to the person having a legal right to receive the insurance benefit which shall be confirmed documentarily.

57. In case of evacuation of children and (or) in case of urgent arrival of the accompanying person of the Insured to the medical institution at the place of his/her temporary stay, it is necessary to provide originals or duly certified copies of travel tickets, if the reimbursement of such expenses is provided by the Insurance agreement.

58. The Insurer shall have the right to request additional documents related to the insured event, including the necessary information on the health status of the Insured prior to the trip (medical treatment record, extracts, medical reports, results of the examination, etc.), if due to their absence it is not possible to determine the cause and consequences of the insured event and the amount of losses.

59. The Insurer accepted the documents shall prepare a certificate in two copies specifying the full list of documents provided, the date of their acceptance, and provide one copy to the applicant.

60. If the Assured (the Insured, the Beneficiary) provides not all the documents necessary for the insurance payment, the Insurer shall be obliged within ten (10) working days from the date of receipt of the application for insurance payment to notify the applicant in writing of it specifying the missing documents.

61. Documents related to the insurance case prepared in a foreign language should be provided with a translation into the state or Russian language with the seal of the translation agency.

62. Within four working days from the date of the Insurer's request, the Insured shall be obliged to undergo a medical examination and submit its results in order to confirm the occurrence of the insured event and establishing a diagnosis.

12.DETERMINATION OF THE AMOUNT OF LOSSES.

PROCEDURE AND CONDITIONS OF INSURANCE PAYMENT

63. The Insurance payment is the amount of money paid to the Beneficiary within the insurance amount in the event of occurrence of an insured event.

64. In accordance with these Insurance rules, the Beneficiary may be:

- organization providing medical assistance services;
- the Assured (the Insured) in case of self-payment of medical services provided, in the cases established by the Insurance agreement;
- a person legally entitled to receive insurance benefit in case of death of the Insured;
- a person incurred the costs of the Insured person's post-death repatriation;
- a person reimbursed the expenses.

65. The insurance payment shall be made by the Insurer by:

- 1) reimbursement of costs for the services rendered to the Insured to the extent established by these Insurance rules or the Insurance agreement (Insurance Program) on the basis of medical documents and invoices issued and provided by the Assistance;
- 2) reimbursement of expenses of the Assured (the Insured) in the cases provided by these Insurance rules or the Insurance agreement on the basis of documents confirming such expenses.

66. The amount of losses shall be determined on the basis of medical expenses actually incurred by the Insured and confirmed by the original payment documents in accordance with the terms of the Insurance agreement

67. The amount of insurance indemnity for the consequences of one or several insured events that occurred during the Insured's stay abroad during the validity period of the Insurance agreement may not exceed the limit of the Insurer's liability (insurance amount) established for each insured event (risk,

medical service, etc.) by the Insurance agreement.

68. The insurance payment shall be made in tenge at the official foreign exchange rate of the National Bank of Kazakhstan on the day of occurrence of an insured event (accident).

69. In order to receive the insurance payment in the cases provided in paragraph 49 of these Insurance rules, the Assured (the Insured) shall be obliged to apply to the Insurer within thirty (30) working days from the date of return to the territory of the Republic of Kazakhstan (permanent residence).

70. In case of death of the Insured, the application for insurance payment with the application of documents confirming the occurrence of the insured event shall be submitted to the Insurer within twenty (20) working days from the date of return of the Insured's remains to the Republic of Kazakhstan.

71. In case of non-compliance with the terms established by paragraphs 69 and 70 of this chapter, the Insurer shall have the right to refuse to make insurance payments.

72. The Insurer shall be entitled to refuse to pay the insurance indemnity in the following cases:

- 1) The Insured has received medical services in medical institutions in violation of the instructions of the Assistance, except for the cases specified in paragraph 49 of these Insurance rules;
- 2) Medical services received by a person who is not the Insured under the Insurance agreement;
- 3) On other grounds provided by the legislation of the Republic of Kazakhstan, the Insurance agreement and these Insurance rules.

73. The Insurer shall be entitled to refuse in full or in part to pay the insurance benefit if an insured event has occurred due to:

- 1) intentional actions of the Assured, the Insured and (or) the Beneficiary aimed at the occurrence of the insured event or contributing to its occurrence, except for actions committed in a state of necessary defense and emergency;
- 2) actions of the Assured, the Insured and (or) the Beneficiary recognized in the procedure established by legislative acts of the Republic of Kazakhstan as intentional criminal or administrative offences which are in causal connection with the insured event;
- 3) injuries or death of the Insured as a result of the latter's ignoring the prohibiting (warning) safety signs or restrictions ("Swimming is prohibited", "No passage", etc.);
- 4) an accident occurred as a result of the Insured's driving in the absence of the right to do so.

74. The following may also be the basis for the insurer's refusal to pay the insurance benefit:

- 1) the disclosure of knowingly false information on the insurance object, insurance risk, insured event and its consequences to the Insurer by the Assured (the Insured, the Beneficiary);
- 2) deliberate failure to take measures by the Assured (the Insured, the Beneficiary) to reduce losses from the insured event;
- 3) the prevention of the Insurer by the Assured (the Insured, the Beneficiary) from the investigation of the

- circumstances of the insured event and in determining the amount of the loss caused by it;
- 4) failure to notify the Insurer (the Assistance) of the occurrence of an insured event;
 - 5) failure to comply with the terms and conditions of these Insurance Rules (Insurance agreement) by the Assured (the Insured);
 - 6) other cases provided by legislative acts.

The Insurer's exemption from insurance liability to the Assured on the grounds of his/her unlawful actions provided in this article shall at the same time release the Insurer from payment of insurance benefit to the Insured or the Beneficiary.

75. The decision on the payment or refusal of the insurance benefit shall be made by the Insurer within fifteen (15) working days from the date of receipt of all necessary documents provided in chapter 10 stated herein.

76. In the case of criminal proceedings against the Insured who is in a causal relationship with the insured event, the Insurer shall have the right to postpone the decision on the insurance payment until the date of the decision-making by law enforcement agencies on termination of the criminal case or until the date of the court decision.

77. When making a decision to refuse an insurance payment, the Insurer shall notify the applicant in writing with the reasons for the refusal within three (3) working days from the date of making the decision.

78. The Insurer shall pay the insurance indemnity within ten (10) working days from the date of its decision to make the insurance indemnity.

79. The Insurer shall be liable for the late payment of insurance indemnity in accordance with article 353 of the Civil Code of the Republic of Kazakhstan.

13. PROCEDURE FOR THE CONCLUSION OF THE INSURANCE AGREEMENT

80. The Insurance agreement shall be concluded before the Insured's leave abroad on the basis of a written application of the Assured prepared in the form of application established by the Insurer and being an integral part of the Insurance agreement.

81. The Insurance agreement shall be concluded in writing by:

- 1) preparation of the Insurance agreement by the parties;
- 2) the Assured's accession to the standard conditions (Insurance rules, insurance programs) developed by the Insurer unilaterally (accession agreement) and issue of the insurance policy to the Assured by the Insurer.

In case of the conclusion of the Insurance agreement in the form of the accession agreement with the issue of the insurance policy to the Assured, the Insurer shall be obliged to familiarize the Assured with the Insurance rules and provide a copy thereof.

82. The Insurance agreement shall be concluded:

- 1) for the period of one foreign trip;
- 2) for a certain period of time taking into account several foreign trips, but not more than for one calendar year.

83. When concluding of the Insurance agreement, the Assured shall be obliged to inform the Insurer of all information known to the Assured that is essential for determining the probability of occurrence of an insured event and the amount of possible losses from its occurrence (purpose of the trip, intended activity, sports, contraindications for the trip and other essential information).

84. If after the conclusion of the Insurance agreement it is established that the Assured has provided false information about his/her or the Insured's health state, the Insurer shall be entitled to demand the recognition of the Insurance agreement as invalid with the application of the consequences provided by the current legislation, as well as to refuse the insurance payment in case of an insured event.

85. In case of loss of the Insurance agreement, the Insurer shall issue a duplicate of the Insurance agreement on the basis of a written application of the Assured, after which the lost Insurance agreement shall be deemed invalid and the corresponding insurance payments shall not be made.

14. PLACE AND VALIDITY OF THE INSURANCE AGREEMENT

86. The territory of insurance shall be the territory of the country of temporary stay of the Insured specified in the Insurance agreement.

87. The Insurance agreement shall not be valid within the territory of permanent residence or citizenship of the Insured.

88. The following shall be excluded from the insurance territory:

- 1) The territory of the state not recommended by the Ministry of Foreign Affairs of the Republic of Kazakhstan;
- 2) The territory of the state within which military operations or anti-terrorist operations are conducted;
- 3) The territory within which the centers of epidemics are found and recognized;
- 4) The territory of the country to which the Insured leaves for permanent residence and for living on such conditions.

89. The Insurance agreement shall enter into force on the date specified in the Insurance agreement subject to payment of the insurance premium and shall be valid till 24 hours of the date specified in the Insurance agreement as the expiration date.

The actual number of days during which the Insurance agreement shall be valid shall be specified in the Insurance agreement.

90. In exceptional cases, at the request of the Assured (the Insured) staying abroad, received from the service company, the Insurance agreement can be extended (excluding the insurance policy) in

consultation with the Insurer if the Assured has informed the Insurer in writing of his/her intention not more than three days. The message should be received no later than two days before the expiry of the Insurance agreement.

91. The insurance coverage shall be applied only to the period of the Insured's actual stay abroad.

92. The Insurance agreement shall be terminated ahead of time under one of the following circumstances:

- 1) The death of the Insured who is not the Assured, when his replacement has not occurred;
- 2) When the possibility of an insured event has disappeared and the existence of an insured risk has ceased due to circumstances other than the insured event;
- 3) Changes in the conditions and information included in the insurance policy issued by the Insurer in the manner prescribed by the legislative acts of the Republic of Kazakhstan;
- 4) The refusal of a visa duly documented;
- 5) In other cases stipulated by the current legislation and the Insurance agreement.

In such cases, the Insurance agreement shall be deemed to be terminated from the time of occurrence of the circumstance provided as the ground for termination of the Insurance agreement, and the interested party shall be obliged to notify immediately the other party.

93. The parties shall have the right to early termination of the Insurance agreement.

The parties shall be obliged to notify each other of the intention of early termination of the Insurance agreement at least two (2) calendar days before the expected date of termination of the Insurance agreement.

94. In case of early termination of the Insurance agreement on the grounds specified in paragraph 92 of the Rules, the insurance premium paid shall be refunded in full prior to the beginning of the insurance coverage validity period.

95. In any case, the Insurer shall not refund any part of the insurance premium if its amount is less than KZT 1,000 (One thousand) tenge.

96. Upon termination of the Insurance agreement from the date of commencement of the insurance coverage, if the Insurer has been notified of the insurance event, the insurance premium (part of it) shall not be refunded.

97. Upon termination of the Insurance agreement by the Assured on any grounds prior to the Insurance agreement (insurance coverage), the Insurer shall be entitled to withhold the cost of the used form of the Insurance agreement in the amount of KZT 200 (Two hundred) tenge upon return to the Assured of the paid amount of the insurance premium.

98. If the Assured renounces the Insurance agreement (if it is not related to the circumstances specified in paragraph 92 of this chapter) the insurance premium or insurance contributions paid to the Insurer shall not be refundable.

99. In cases where the early termination of the Insurance agreement is caused by the Insurer's failure to comply with its terms, the latter shall be obliged to return to the Assured in full the insurance premium or insurance contributions paid by the Assured.

15.FORCE MAJEURE CIRCUMSTANCES

100. The parties shall be released from liability if they prove that the proper performance of their obligations was impossible due to force majeure circumstances, that is, extraordinary and unavoidable circumstances due to which it became impossible to fulfill the obligations under the Insurance agreement.

101. In case of occurrence of circumstances of impossibility of full or partial performance of any of the parties' obligations under the Insurance agreement, the period of their performance shall be extended in proportion to the time during which such circumstances are last.

102. If force majeure circumstances continue for more than three months, each party shall have the right to refuse further performance of obligations under the Insurance agreement. In this case, neither party has the right to demand from the other party compensation for losses caused by the termination of the Insurance agreement.

103. The party which cannot fulfill its obligations under the Insurance agreement should notify the other party within twenty days of the occurrence or termination of the circumstances preventing the fulfillment of obligations.

16.SETTLEMENT OF DISPUTES

104. Disputes arising from the Insurance agreement shall be settled through negotiations.

105. If the parties fail to reach an agreement, the dispute shall be considered in accordance with the procedure established by the legislation of the Republic of Kazakhstan.

17.ADDITIONAL CONDITIONS

106. On the basis of these Insurance rules, the Insurer may develop insurance programs (insurance agreements) including additional conditions that do not contradict the current legislation.

107. Any matters not regulated by these Insurance rules shall be regulated by the current legislation.

108. Any amendments and alterations to the Insurance agreement (excluding the insurance policy) shall be made by concluding an additional agreement on the basis of an application of one of the Parties sent in any way making it possible to confirm the acceptance of the application by the other party, including by e-mail.

109. If the conditions and information included in the insurance policy are amended, it shall be terminated ahead of time.



А05А1В9, г. Алматы, пр. Абая, 109 «В», н.п. 9а, тел.: +7 (727) 2 599 899

www.kazakhinstrakh.kz

 **797** – ұялы телефоннан тегін • с мобильного бесплатно