ЕНСК
сенімді сақтандыру | надежное страхование

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «НЕФТЯНАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ»
Юридический адрес: Республика Казахстан, г. Алматы, мкр. Алмагуль, 15а
Фактический адрес: Республика Казахстан, г. Алматы, мкр. Алмагуль, 15а
Телефон: (727) 258-18-00, 258-18-02; факс: (727) 258-18-01

Правила утратившие силу "05" июня 2023 года

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ПО ПРОДУКТУ “GLOBAL PROTECTOR”

Утверждены Советом Директоров
АО «Нефтяная страховая компания»

протокол № 02-01/26 **от «**08**»** 09 **2022г.**
Вступление в силу с «12**»** 09 **2022г.**

г. Алматы, 2022 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ 3
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ 5
3. ВИД ВАЛЮТЫ. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. 5
4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ 5
5. ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ (ВРЕМЕННАЯ ФРАНШИЗА) 6
6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЯ СТРАХОВАНИЯ 6
7. СРОК И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА 9
8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ 10
9. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ 10
10. ИЗМЕНЕНИЕ СПИСКА ЗАСТРАХОВАННЫХ 15
11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА 16
12. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА 17
13. ФОРС-МАЖОР 19
14. ПРИМЕНИМОЕ ПРАВО И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ 19

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие правила добровольного страхования на случай болезни (далее – «Правила») разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан, Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности» и иными нормативными правовыми актами, регулирующими деятельность в области страхования.

1.2. В соответствии с условиями, предусмотренными в Правилах, Страховщик заключает с физическими и юридическими лицами договоры добровольного страхования на случай болезни по продукту “Global Protector» «для получения медицинских и иных услуг.

1.3. Все приложения к Правилам являются его неотъемлемой частью.

1.4. В Правилах используются следующие термины и понятия:

1.4.1. **Страховщик** – АО «Нефтяная страховая компания» - юридическое лицо, осуществляющее деятельность по заключению и исполнению договоров страхования на основании соответствующей лицензии уполномоченного органа.

1.4.2. **Страхователь** – юридическое или физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор.

1.4.3. **Ассистанс** – юридическое лицо, которое на основании соответствующего договора, заключенного со Страховщиком, принимает на себя обязательство осуществлять организацию медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором и Программой страхования, оказываемых за пределами Республики Казахстан.

1.4.4. **Медицинская сеть** - медицинские учреждения и больницы, с которыми Страховщик, Ассистанс и его субподрядчики заключили соответствующие договоры на оказание медицинских услуг Застрахованным. Лечебно-профилактические учреждения-партнера Страховщика (Приложение № 5 к Договору страхования) обслуживают только на территории Республики Казахстан. Медицинская сеть Ассистанса предоставляется Застрахованным по требованию, при нахождении за пределами Республики Казахстан.

1.4.5. **Основной Застрахованный** – сотрудник Страхователя - юридического лица, либо физическое лицо, заключившее Договор.

1.4.6. **Застрахованные члены семьи** – члены семьи Основного Застрахованного: супруг (а), родители Основного Застрахованного до 65 лет, дети от рождения и до 21 года, либо до 23 лет при условии обучения по очной форме и находящиеся на иждивении Основного Застрахованного, при этом на страхование принимаются члены семьи в количестве не более 3-х человек.

1.4.7. **Страховой продукт** – вид страхования, разрабатываемый и представляемый Страхователю в рамках класса страхования.

1.4.8. **Договор** – договор добровольного страхования на случай болезни, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, предоставить медицинские и иные услуги, предусмотренные Договором и Программой страхования.

1.4.9. **Программа страхования** - перечень, объем и виды предоставляемых медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором.

1.4.10. **Идентификационная медицинская карточка** – пластиковая карточка, выдаваемая каждому Застрахованному с указанием индивидуального номера, фамилии, имени, отчества ее владельца, срока действия, названия Программы страхования, подтверждающая право Застрахованного на получение медицинских и иных услуг и/или возмещение произведенных расходов в соответствии с условиями Договора и Программой страхования. Идентификационная медицинская карточка действительна только при предъявлении документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

1.4.11. **Страховая сумма** – сумма денег, в пределах которой предоставляются медицинские и другие услуги и /или осуществляется возмещение медицинских расходов Застрахованного. Страховая сумма представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.

1.4.12. **Страховая премия** - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств, предусмотренных Договором и Программой страхования.

1.4.13. **Список Застрахованных –** список лиц, подлежащих страховой защите, предоставляемый Страхователем Страховщику, в котором указываются фамилия, имя, отчество Застрахованного,

дата рождения, адрес фактического места проживания в стране проживания, контактный телефон, ИИН, номер документа, удостоверяющего личность.

1.4.14. **Период ожидания** (временная франшиза) - период времени, по истечении которого Застрахованный вправе воспользоваться отдельными видами медицинских услуг, предусмотренных Договором и Программой страхования.

1.4.15. **Заболевание** – внезапное и непредвиденное расстройство здоровья Застрахованного, нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями.

1.4.16. **Экстренные показания** – это внезапно возникшее состояние, угрожающее жизни Застрахованного и требующее оказания немедленной и неотложной медицинской помощи, а именно:

1.4.16.1. болевые симптомы;
1.4.16.2. ожоги и травмы;
1.4.16.3. шоковое состояние;
1.4.16.4. высокая температура тела выше 38°С;
1.4.16.5. судороги, потеря сознания, удушье;
1.4.16.6. острые кровотечения;
1.4.16.7. симптомы изменения артериального давления;

1.4.17. **Хроническое заболевание** – это заболевание (болезнь) или травма, которое имеет два или более из нижеперечисленных характеристик:

1.4.17.1. не поддается известному лечению;
1.4.17.2. продолжается в течение неопределенного количества времени (более 3 месяцев);
1.4.17.3. повторяется либо есть вероятность повторения;
1.4.17.4. протекает на постоянной основе;
1.4.17.5. требует паллиативной терапии;
1.4.17.6. требует длительного наблюдения, консультаций, осмотров, обследований и экспертизы;
1.4.17.7. Застрахованный должен периодически и/или постоянно получать лечение или быть специально обученным, для того чтобы справляться с болезнью.

1.4.18. **Медицинская эвакуация** - эвакуация Застрахованного по медицинским показаниям в медицинское учреждение при заболевании или несчастном случае, а также при необходимости, транспортировки Застрахованного в другое медицинское учреждение, определяемой Страховщиком и Ассистансом.

1.4.19. **Несчастный случай** - это наступившее вопреки воле человека внезапное кратковременное событие (происшествие) в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на организм Застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть, за исключением профессионального заболевания.

1.4.20. **Сестринский уход -** направление медицинской и социальной деятельности, по оказанию психологической и социальной помощи и бытовому уходу лицам с тяжелыми заболеваниями, подтвержденное медицинским заключением, выданной организацией здравоохранения.

1.4.21. **Медицинские расходы**- все разумные и необходимые расходы, назначенные по медицинским показаниям, и понесенные при оказании медицинских услуг в соответствии с Программой страхования и Договором.

1.4.22. **Медицинская услуги** – объем диагностических процедур и лечения, назначенные по медицинским показаниям, в соответствии с Программой страхования и Договором, которые, по мнению врача являются адекватными и соответствующими диагнозу в соответствии с общепринятыми медицинскими нормами и не могут привести к негативному влиянию на состояние здоровья Застрахованного или на качество предоставляемого лечения.

1.4.23. **Превентивное лечение -** это терапия, направленная на предупреждение развития заболевания.

1.4.24. **Предварительное согласование** - в случаях, предусмотренных Договором, порядок Предварительного согласования объема, перечня и стоимости медицинских и иных услуг, предоставляемых Застрахованному;

1.4.25. **Страна гражданства** - государство, гражданином которого является Застрахованный. Гражданство застрахованного указывается в Заявлении-анкете.

1.4.26. **Страна проживания**- государство, в котором проживает Застрахованный, и оно является постоянным местом его жительства, как было указано в Заявлении-анкете, или любая другая

страна, которую Застрахованный указал, как новую Страну проживания Застрахованного, до тех пор, пока Страховщик не был письменно уведомлен о любом таком изменении Страны проживания как постоянного места его жительства.

Застрахованный считается изменившим свое постоянное место жительства в его Стране проживания, если Застрахованный переезжает и намеревается проживать в другой стране более 90 последовательных дней.

1.4.27. **Экстренная стоматологическая помощь-** - помощь необходимая вследствие несчастного случая/травмы от внешнего (внеротового) воздействия, полученного в течение 48 часов с момента несчастного случая/травмы для немедленного снятия боли, вызванной потерей или повреждением собственных зубов вследствие несчастного случая.

1.4.28. **Транспортные расходы** - расходы на приобретение билетов самого низкого класса, в котором осуществляется проезд.

1.4.29. **Франшиза** – предусмотренное Договором или Программой страхования освобождение страховщика от осуществления выплаты (возмещения расходов), не превышающих определенный размер. Договором или Программой страхования устанавливается только безусловная франшиза при которой ущерб во всех случаях возмещается за вычетом установленной суммы. Франшиза может устанавливаться либо в процентах к страховой сумме, либо в абсолютном размере.

1.4.30. **Телесное повреждение** - нарушение анатомической целости органов (тканей) или их физиологических функций в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия**.**

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя, связанные с расходами Застрахованных на получение медицинских и иных услуг в рамках Договора и Программы страхования.

3. ВИД ВАЛЮТЫ. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

3.1. Вид валюты страховой премии, страховой суммы и страховой выплаты определяется Договором страхования в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

3.2. Страховая премия уплачивается единовременным платежом. По согласованию сторон в Договоре может быть предусмотрено условие уплаты страховой премии в рассрочку.

3.3. Днем уплаты страховой премии считается день поступления денег на расчетный счет или в кассу Страховщика.

3.4. Страховая премия уплачивается в тенге по курсу Национального Банка Республики Казахстан на день заключения Договора.

3.5. Размер страховой суммы определяется в соответствии с выбранной Программой страхования. Страховая сумма в отношении лиц, принимаемых дополнительно на страхование, определяется в соответствии с условиями Договора и Программой страхования.

3.6. Размер страховой премии, подлежащий уплате, корректируется в сторону увеличения или уменьшения, в соответствии с курсом евро, установленным Национальным банком Республики Казахстан на день фактической уплаты страховой премии.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного к врачам и/или в медицинские учреждения за получением консультативной, лечебной или иной медицинской помощи/услуг и/или приобретением медицинских препаратов, в соответствии с условиями выбранной Программой страхования и Договора, в связи с:

4.1.1. ухудшением состояния здоровья Застрахованного (заболевание) в период действия страховой защиты;

4.1.2. получением телесных повреждений (вред здоровью) Застрахованным в результате несчастного случая;

4.1.3. получением телесных увечий Застрахованным, прямо или косвенно вызванных актами войны и терроризма;

4.1.4. экстренной стоматологической помощью;

4.1.5. медицинской эвакуацией;

4.1.6. репатриацией останков Застрахованного в Страну проживания/Страну гражданства в случае смерти Застрахованного.

4.2. События, предусмотренные в качестве страховых случаев, признаются таковыми, если они произошли во время пребывания Застрахованного на территории действия страховой защиты.

5. ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ (ВРЕМЕННАЯ ФРАНШИЗА)

5.1. В Договоре также может быть установлен период ожидания (временная франшиза) - период времени с момента вступления Договора в силу, в течение которого определенные медицинские услуги, указанные в Договоре и Программе страхования, не оказываются.

5.2. **Если иное не будет предусмотрено Договором, заключенным Страховщиком со Страхователем-физическим лицом, период ожидания (временная франшиза) по обращению:**

5.2.1. за услугой, связанной с лечением хронического (существовавшего ранее) заболевания или состояния, связанного с хроническим (существовавшим ранее) заболеванием, составляет 11 (одиннадцать) месяцев с даты начала действия страховой защиты;

5.2.2. за услугой по опции «Беременность и роды» составляет 11 месяцев с даты начала действия страховой защиты;

5.2.3. за услугой по опции «Стоматология» составляет 6 месяцев с даты начала действия страховой защиты.

5.3. **Если иное не будет предусмотрено Договором, заключенным Страховщиком со Страхователем -юридическим лицом, период ожидания (временная франшиза) по обращению:**

5.3.1. за услугой, связанной с лечением хронического (существовавшего ранее) заболевания или состояния связанного с хроническим (существовавшим ранее) заболеванием, при количестве Застрахованных 20 человек и более, не устанавливается;

5.3.2. за услугой по опции «Беременность и роды» составляет 11 месяцев с даты начала действия страховой защиты;

5.3.3. за услугой по опции «Стоматология» составляет 6 месяцев с даты начала действия страховой защиты.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЯ СТРАХОВАНИЯ

6.1. Не подлежат страхованию лица, которые:

6.1.1. госпитализированы на момент заключения Договора по любому заболеванию, кроме случев, когда застрахованное лицо было госпитализировано в рамках аналогичного договора страхования, заключенного Страховщиком, срок действия которого истек накануне начала срока страхования по настоящему Договору, и при неизменности условий страхования в отношении застрахованного лица;

6.1.2. достигли к моменту заключения Договора возраста 75 лет, если Договором не предусмотрено иное.

6.2. **Если Договором не предусмотрено иное, то Страховщик не несет обязательства по осуществлению страховой выплаты по следующим расходам Страхователя/Застрахованного:**

6.2.1. расходам, связанным с лечением любого хронического заболевания в стадии ремиссии;

6.2.2. расходам, связанным с болезнью, травмой или иным состоянием здоровья Застрахованного, имевшим место за 24 месяца до начала действия Договора, за исключением расходов, возникших при обращении по экстренным показаниям, и за исключением случев, когда застрахованное лицо было ранее застраховано в рамках аналогичного договора страхования, заключенного Страховщиком, срок действия которого истек накануне начала срока страхования по настоящему Договору, и при неизменности условий страхования в отношении данного застрахованного лица;

6.2.3. расходам, связанным с лечением хронического (существовавшего ранее) заболевания или состояния связанного с хроническим (существовавшим ранее) заболеванием, за исключением договоров, заключенных с юридическими лицами с количеством Застрахованных 20 и более человек;

6.2.4. расходам, полученным на территории Республики Казахстан, и связанным с лечением заболеваний, предусмотренных в Перечне социально-значимых заболеваний и заболеваний,

представляющих опасность для окружающих утвержденных Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367;

6.2.5. расходам, полученным на территории Республики Казахстан, и связанным с лечением заболеваний, предусмотренных в Перечне заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденных Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан № 526 от 14 октября 2009 года, за исключением нерезидентов Республики Казахстан;

6.2.6. расходам, связанным с лечением алкоголизма, наркомании, злоупотребления запрещенными веществами, зависимость или зависимое состояние, или любое состояние, повреждение или заболевание, возникшее прямо или косвенно от такой зависимости или состояния;

6.2.7. профессиональные заболевания, острые и хронические лучевые поражения;

6.2.8. расходам, связанным с оперативным лечением близорукости и дальнозоркости или любого другого дефекта зрения, если причиной их возникновения не является несчастный случай или заболевание диагностированное в период страхования;

6.2.9. расходам, связанным с лечением хронической или конечной стадией почечной недостаточности, требующей регулярного или долгосрочного диализа;

6.2.10. расходы на физиотерапию не включают в себя расходы по лечебной физкультуре, гимнастике, массажу в период до и после рождения ребенка, мануальную терапию, спортивный массаж и иглоукалывание;

6.2.11. расходам, связанным с оказанием экстренной стоматологической помощи, за исключением расходов предусмотренных Договором и Программой страхования:

6.2.11.1. при получении механического повреждения целостности зуба при приеме пищи, нормального износа, чистки зубов или любой другой процедуры гигиены полости рта или прочее, за исключением внеротового воздействия, любой формой восстановительных процедур, использованием драгоценных металлов, ортодонтическим лечением любого вида или лечением зубов, полученным в завершении периода страхования;

6.2.11.2. в стационаре, за исключением обращения по Программе страхования Premium, и ,если только стоматологическое лечение является единственным средством для снятия болевого синдрома.

6.2.12. расходам, связанным с реабилитацией, если это не является неотъемлемой частью лечения, проведенного в стационаре или под контролем или наблюдением специалиста и осуществляемого в признанном реабилитационном центре, за исключением случаев, предусмотренных Программой страхования;

6.2.13. расходам, связанным с лечением травм, возникших в результате участия Застрахованного в профессиональном спорте (не включая рекреационного или любительского участия) или любых других опасных видах спорта или деятельности такой как (но не ограничиваясь перечисленным) следующие: автоспорт, авиационный спорт, подводное плавание на глубину более чем 30 метров или где отсутствует сертификат PADI, любой спорт с участием животных, соревнования на скорость, катание на лыжных трассах и гонки любой формы или экстремальным спортом, охотой, рыбалкой, спелеологией, если иное не предусмотрено Договором;

6.2.14. расходам, связанным с контрацепцией, стерилизацией (или восстановлением), оплодотворением, вазэктомией, лечением венерических заболеваний, заболеваний, передающихся половым путем, изменением пола или любой другой формой, связанной с половой ориентацией, бесплодием и любым связанным с ним состоянием, любой формой вспомогательной репродукции;

6.2.15. расходам, связанным с прерыванием беременности, кроме случаев, представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованной (выкидышей, внематочную беременность или мертворождения); родами способом кесарева сечения или их последствия, дородовую деятельность или акушерские расходы, не связанные с родами или осложнениями, которые могут возникнуть в результате домашних родов;

6.2.16. расходам, связанным с осложнениями беременности во время авиаперелета Застрахованной, находящейся на более чем 28-й неделе беременности;

6.2.17. расходам, связанным с транспортировкой беременной женщины в медицинское учреждение, для обычно протекающих родов, кроме необходимой в связи с осложнениями, по Предварительному согласованию со Страховщиком/Ассистансом;

6.2.18. расходам, связанным с обследованием и лечением новорожденных при врожденных травмах или дефектах, или врожденной болезни или аномалии сроком более чем две недели после рождения;

6.2.19. расходам, связанным с пластической, косметической и восстановительной медициной, удалением жира или других избыточных тканей тела и любые последствия такого лечения, коррекция веса, обменные нарушения / расстройства пищевого поведения, если это связанно с

устранением недостатков внешности или телесных аномалий. При этом покрываются расходы возникшие в результате несчастного случая, операции на раковую опухоль, наступивших и/или обнаруженных в период действия Договора;

6.2.20. расходам, связанным с лечением и последствиями экспериментальных и неподтвержденных методов лечения;

6.2.21. расходам, связанным с лечением лекарственными препаратами, приобретенными без рецепта врача;

6.2.22. расходам, связанным с приемом лекарственных препаратов Застрахованным по поводу заболевания, возникшего до начала периода действия страховой защиты, или профилактическими лекарственными средствами, вакцинацией и профилактическими медицинскими осмотрами;

6.2.23. расходам, связанным с покупкой новых или ремонтом старых корригирующих медицинских устройств или приспособлений, в том числе предварительное обследование и подбор слуховых аппаратов, оправ, линз или очков; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными - костыли и т.п.; париков, шиньонов, протезов, медицинских приборов или корректирующие устройств, если таковые не считаются необходимыми, по мнению лечащего врача, вследствие травм или болезни, покрываемых Программой страхования;

6.2.24. расходам, возникшим в результате любого умышленного причинения Застрахованным телесных повреждений самому себе или покушении на самоубийство;

6.2.25. расходам, возникшим в результате преднамеренных или мошеннических действий Застрахованного или их последствия;

6.2.26. расходам, связанным с лечением специалистом или консультантом, который связан родственными, дружескими и иными личными связями с Застрахованным , если это не было заранее согласовано Ассистансом;

6.2.27. расходам на проезд к месту получения медицинской помощи;

6.2.28. расходам, связанным с поездками, совершение которых по медицинской рекомендации лечащим врачом было запрещено;

6.2.29. расходам, связанным с проживанием и лечением в доме престарелых, клиниках, санаториях, пансионатах, домах отдыха и т.д., и, которые стали для Застрахованного постоянным местом проживания;

6.2.30. расходам, связанным с медикаментозным лечением при трудностях в обучении, гиперактивности, дефиците внимания, логопедии, поведенческих проблемах или развитии ребенка;

6.2.31. расходам, связанным с лечением психических или нервных расстройств, психиатрического лечения и расходов на психотерапевта,за исключением случаев, предусмотренных Программой страхования;

6.2.32. расходам, связанным с нахождением органа для замены, или любым расходам, понесенным для удаления органа у донора, транспортировка органа и все связанные с ним административные расходы, а также стоимость самого органа.

6.2.33. расходам, связанным с криоконсервацией, имплантацией или реимплантацией живых клеток или живой ткани вне зависимости от их происхождения (аутологичных или от донора);

6.2.34. расходам, связанным с поисково-спасательными операциями для поиска Застрахованного;

6.2.35. расходам, связанным с медицинской эвакуацией, когда Застрахованный не был помещен в медицинское учреждение для лечения, или, когда расходы не были одобрены Страховщиком/Ассистансом до начала поездки;

6.2.36. расходам, понесенным после истечения текущего периода страхования.

6.2.37. расходам, сверх обычных, стандартных, разумно допустимых в регионе, где было оказано лечение. При необходимости Страховщик/Ассистанс имеет право воспользоваться услугами независимой третьей стороны (практикующий узкий специалист, представитель государственного органа здравоохранения, эксперт) для подтверждения обоснованности расходов Страхователя/Застрахованного. Не покрываются расходы, связанные с обращением за медицинской помощью в Европейский медицинский центр в Российской Федерации;

6.2.38. расходам, полученным в государственном медицинском учреждении, в котором оплата за оказание медицинских услуг не предусмотрена, либо законодательно регулируется Договором обязательного страхования, правительственной программой либо любого механизма субсидирования.

6.2.39. расходам, связанным с ритуальными услугами, на погребение, а также проведение поминальных обедов.

6.3. **Не покрываются расходы, связанные с приобретением:**
6.3.1. тонизирующих средств и продуктов питания;
6.3.2. средств для похудения и снижения веса;
6.3.3. тоников, лечебных вин;
6.3.4. витаминов с профилактической целью;
6.3.5. БАД, пищевых добавок;
6.3.6. слабительных средств;
6.3.7. косметических препаратов;
6.3.8. детского питания и продуктов для детей, за исключением назначенных врачом по состоянию здоровья, покрываемого настоявшим Договором.
6.4. Страховщик не производит страховую выплату за:
6.4.1. косвенные коммерческие потери Страхователя/Застрахованного;
6.4.2. моральный вред;
6.4.3. судебные издержки.
6.5. **Страховщиком не признаются страховыми случаями события, произошедшие вследствие:**
6.5.1. умышленных действий Страхователя/Застрахованного, направленных на возникновение страхового случая, либо способствующих его наступлению;
6.5.2. действий Страхователя/Застрахованного, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными уголовными или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.
6.5.3. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
6.5.4. народных волнений всякого рода, массовых беспорядков или забастовок;
6.5.5. сообщение Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
6.5.6. умышленного непринятия Страхователем/Застрахованным мер по уменьшению убытков от страхового случая;
6.5.7. воспрепятствования Страхователем/Застрахованным Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и установления размера причиненного ущерба;
6.5.8. не уведомления Страховщика о наступлении страхового случая в установленные Договором порядке и сроки;
6.5.9. в случае предоставления ложных сведений относительно состояния здоровья для прохождения лечения на территории страхования.
6.6. Освобождение Страховщика от страховой ответственности перед Страхователем по основаниям, предусмотренным п. 6.5 Правил, одновременно освобождает Страховщика от осуществления страховой выплаты Застрахованному или Выгодоприобретателю.

7. СРОК И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор заключается сроком на 1 (один) год, если условиями Договора не предусмотрено иное.
7.2. Дата начала и окончания действия Договора указывается в Договоре, при этом действие страховой защиты начинается со дня следующего за днем поступления страховой премии безналичным путем на банковский счет Страховщика или наличными деньгами в кассу Страховщика.
7.3. Территорией страхования является территория тех стран либо географические пределы, которые указаны в Договоре, по одному из следующих вариантов, но не ограничиваясь территорий, указанных в настоящих Правилах:
7.3.1. Юго-Восточная Европа и центральная Азия, а именно: Албания, Армения, Азербайджан, Грузия, Казахстан, Узбекистан, Беларусь, Босния и Герцеговина, Болгария, Македония, Молдова, Черногория, Румыния, Сербия, Турция и Украина.
7.3.2. Европа, за исключением Швейцарии и Великобритании, и центральная Азия, а именно: Албания, Андорра, Австрия, Армения, Азербайджан, Грузия, Казахстан, Узбекистан, Беларусь, Бельгия, Босния и Герцеговина, Болгария, Нормандские Острова, Хорватия, Чешская Республика, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Гибралтар, Греция, Гренландия, Венгрия, Исландия, Ирландия, все острова Средиземноморья, Остров Мэн, Италия, Латвия, Лихтенштейн, Литва, Люксембург, Македония, Мадейра, Мальта, Молдова, Монако, Черногория, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Испания, Швеция, Турция, Украина, Ватикан.
7.3.3. Любая страна мира, за исключением Швейцарии, Великобритании, США, Канады, Карибских островов, Китая, Гонконга и Сингапура;

7.3.4. Любая страна мира, за исключением США, Канады и Карибских островов;
7.3.5. Любая страна мира.
7.4. В случае обращения Застрахованного вне территории страхования, указанного в Договоре, оказывается только экстренная неотложная медицинская помощь.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Основанием для заключения Договора с физическими и юридическими лицами является Заявление-анкета на добровольное страхование на случай болезни. Заявление-анкета заполняется и подписывается Страхователем или его уполномоченным представителем и является неотъемлемой частью Договора.
8.2. Договор с физическими и юридическими лицами заключается без Предварительного медицинского осмотра Застрахованных со стороны Страховщика или его представителя, однако Страховщик по результатам анкетирования вправе запросить у лица, заявленного на страхование, дополнительные сведения медицинского характера, а также документы (справки, выписки, результаты анализов и т.п., выданные уполномоченными учреждениями и компетентными органами), подтверждающие предоставленную Страховщику информацию о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.
8.3. Договор заключается в письменной форме путем составления одного документа подписанного уполномоченными представителями сторон Договора. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность Договора.
8.4. Договор считается заключенным с момента подписания его уполномоченными представителями.
8.5. В случае утраты Договора Страховщик на основании заявления Страхователя выдает дубликат Договора, после чего утраченный экземпляр считается недействительным.
8.6. По соглашению сторон в Договор могут быть включены иные условия не противоречащие законодательству Республики Казахстан.
8.7. Все, что не оговорено Договором, регулируется в соответствии с Правилами и Программами страхования. В случае противоречий между Договором, Правилами и Программами страхования, применяются положения Договора.
8.8. Подписанием Договора Страхователь дает свое согласие на обработку, использование и хранение персональных данных, представленных до и в момент заключения Договора, с соблюдением норм действующего законодательства Республики Казахстан
8.9. Подпись Страхователя или его уполномоченного представителя в Договоре является подтверждением его полного согласия с условиями Договора, Правил и Программ страхования. В случае возникновения разногласий Страхователь не вправе ссылаться на незнание или не предоставление Правил.
8.10. Договор является целостным документом со всеми его Приложениями.
8.11. Переход прав и обязанностей по Договору к другим лицам не допускается, если иное не оговорено дополнительным письменным соглашением сторон Договора.
8.12. Договор составляется в 2 (двух) идентичных экземплярах на русском языке по одному экземпляру - для каждой из сторон Договора. При составлении Договора на русском и английском языках, в случае разногласий между версиями Договора на разных языках, преимущество имеет текст Договора на русском языке.
8.13. Заявление, Договор и Приложения к нему, прочая предоставленная информация и любые дополнительные условия к Договору являются частью договора и должны рассматриваться совместно во избежание недопонимания.
8.14. К Договору заключенному с юридическими и физическими лицами прилагаются:
8.14.1. Приложение № 1- Программы страхования;
8.14.2. Приложение № 2- Список Застрахованных лиц;
8.14.3. Приложение № 3- Форма заявки на Предварительное согласование медицинских услуг;
8.14.4. Приложение № 4- Форма заявления на возмещение произведенных расходов;
8.14.5. Приложение № 5- Медицинская сеть Страховщика;
8.14.6. Заявление-анкета для юридических или физических лиц.

9. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

9.1. При наступлении страхового случая Застрахованный/его представитель могут обратиться в Ассистанс одним из предложенных способов:

9.1.1. при нахождении за пределами Республики Казахстан: с помощью круглосуточной диспетчерской службы Ассистанса данные по которому, указаны в Договоре страхования по тел. +1-833-992-1333 (звонок бесплатный).

9.1.2. при нахождении на территории Республики Казахстан: с помощью круглосуточной диспетчерской службы Страховщика по тел. +7 (727) 258-18-00 или 22-58 (звонок бесплатный для всех операторов сотовой связи Республики Казахстан).

9.2. В случае обращения в колл-центр Ассистанса или Страховщика, Страхователь сообщает следующую информацию: фамилия, имя Застрахованного, дата рождения, номер идентификационной медицинской карточки, место нахождения Застрахованного, Страну проживания и номер контактного телефона для обратной связи.

9.3. При необходимости оператор колл-центра вправе запросить дополнительную необходимую информацию о Застрахованном.

9.4. В рамках Договора будут подлежать компенсации в пределах лимитов возмещения только расходы на лечение и услуги, которые назначены и получены по медицинским показаниям.

9.5. Медицинские услуги по амбулаторно-поликлинической помощи стоимостью до 500 (пятисот) евро по одному страховому случаю не требуют согласования и предварительного одобрения.

9.6. **Обязательного одобрения** требуют следующие медицинские услуги, за исключением экстренных случаев:

9.6.1. медицинские услуги по одному страховому случаю стоимостью свыше 500 (пятисот) евро;

9.6.2. все виды госпитализации;

9.6.3. любые операции, требующие общего наркоза (амбулаторно или в стационаре);

9.6.4. стоматологическая помощь для экстренной стоматологической реставрации зубов, поврежденных в результате несчастного случая. При этом, расходы на протезы, имплантаты не покрываются;

9.6.5. покупка или аренда медицинского оборудования и расходных материалов длительного пользования;

9.6.6. лечение на дому;

9.6.7. трансплантология; RSV иммунизация;

9.6.8. лекарства стоимостью свыше 1000 (одной тысячи) евро за единицу;

9.6.9. все методы лечения при онкологических заболеваниях;

9.6.10. любое состояние, в том числе обострение хронических заболеваний, которые не соответствуют указанным выше критериям, но могут повлечь расходы на лечение свыше 3 000 (трех тысяч) евро в течении действия Договора.

9.7. Письменное предварительное согласование в Ассистанс должно быть отправлено не менее чем за 7 (семь) календарных дней до запланированной даты процедуры/ лечения Застрахованного.

9.8. При экстренных показаниях Страхователь/ Застрахованный обязан в течение 24 часов уведомить о наступлении страхового случая Ассистанс либо, в случае невозможности уведомления Ассистанса, Страховщика по указанным в Договоре телефонам или иным доступным способом.

9.9. Для предварительного согласования Застрахованный должен заполнить форму Предварительного согласования, которую можно получить:

9.9.1. от Страховщика/Ассистанса, связавшись по контактам, указанным на обратной стороне Идентификационной медицинской карточки;

9.9.2. загрузив с веб-сайта Страховщика www.nsk.kz и после заполнения отправить сканированную копию по электронной почте по адресу указаному в Договоре страхования;

9.9.3. заполнив форму в режиме онлайн на сайте Ассистанса, указанного в Договоре страхования.

9.10. Ответ в течение 48 часов с даты получения отправляется на электронный адрес, указанный Застрахованным.

9.11. В случае получения одобрения покрывается только перечень услуг, согласованный с Ассистансом. Если часть полученных услуг не была заранее одобрена, то Страховщик вправе отказать в оплате таких услуг и Страхователь /Застрахованный должен оплатить за них самостоятельно.

9.12. Если при получении медицинских услуг, одобренных при предварительном согласовании, появляются дополнительные расходы по медицинской необходимости, то необходимо повторное согласование в соответствии с п. 9.9. Правил. При возникновении дополнительных расходов по экстренным показаниям, Застрахованный (любое иное лицо) должны уведомить Ассистанс или Страховщика о возникновении таких расходов любым доступным способом

9.12.1. В случае возникновения чрезвычайной ситуации, требующей медицинской эвакуации, Страхователь/Застрахованный обязан связаться с Ассистансом для организации и одобрения на

такую срочную медицинскую транспортировку. Ассистанс, сохраняет за собой право решать в какое медицинское учреждение должен быть перевезен Застрахованный для получения экстренной медицинской помощи.

9.12.2. При этом следует сообщить следующую информацию: фамилия, имя Застрахованного; номер Договора/Идентификационной медицинской карточки; описание обстоятельств происшедшего и характер требуемой помощи; место нахождения Застрахованного, Страну проживания и номер контактного телефона для обратной связи.

9.13. **Действия Страхователя/Застрахованного по возмещению произведенных расходов:**

9.13.1. В случае обращения Застрахованного в Медицинскую сеть Ассистанса и Страховщика, за исключением случаев указанных в п. 9.6, оплату в медицинское учреждение производит Страховщик.

9.13.2. В случае обращения и получения Застрахованным медицинских услуг вне Медицинской сети Ассистанса и Страховщика на территории Республики Казахстан без Предварительного согласования, Застрахованный может самостоятельно оплатить полученные услуги, и не позднее 180 (ста восьмидесяти) календарных дней с даты начала получения медицинских услуг направляет документы для возмещения произведенных расходов, при этом возмещению подлежит не более 80% от стоимости полученных медицинских услуг.

9.13.3. В случае обращения и получения Застрахованным медицинских услуг вне Медицинской сети Ассистанса и Страховщика на территории Республики Казахстан с Предварительным согласованием, Застрахованный может самостоятельно оплатить полученные услуги, и не позднее 180 (ста восьмидесяти) календарных дней с даты начала получения медицинских услуг направляет документы для возмещения произведенных расходов, при этом возмещению подлежат расходы Застрахованного в полном объеме.

9.14. В случае обращения и получения Застрахованным медицинских услуг вне Медицинской сети Ассистанса и Страховщика, если медицинское учреждение, оказавшее такие услуги принимает гарантийное письмо об оплате от Страховщика/Ассистанса, выплата покрываемых расходов осуществляется непосредственно в медицинское учреждение.

9.15. В случае невыполнения вышеперечисленных условий Страхователем/Застрахованным, Страховщик, в связи с наступившим страховым случаем, расходы не покрывает, расчеты с медицинскими учреждениями и Страхователем/Застрахованным не производит.

9.16. Возмещению в полном объеме подлежат расходы, согласованные и одобренные Ассистансом. В случае изменения каких-либо условий указанных в Предварительном согласовании (даты, сроков, объема оказываемых услуг, стоимости и т.д.), Застрахованный обязан повторно согласовать и получить одобрение на такие изменения. При этом все прочие условия, ограничения и исключения предусмотренные Правилами, Программой страхования и Договором должны быть соблюдены.

9.17. Исчерпание и перерасход страховой суммы, предусмотренной Программой страхования ведет к прекращению обязательств Страховщика в отношении Застрахованного.

9.18. Исчерпание и перерасход страховой суммы по одной из медицинских услуг ведет к прекращению обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты по данной медицинской услуге.

9.19. Возмещение расходов на медицинские услуги, по которым страховые суммы были исчерпаны, за счет страховых сумм по другим медицинским услугам (т.е. перенос лимитов) не допускается.

9.20. Исчерпание страховой суммы по одной из медицинских услуг не влечет за собой прекращения Договора.

9.21. Если общая сумма расходов по определенной медицинской услуге превысила размер страховой суммы, предусмотренный Программой страхования по данной медицинской услуге, размер такого превышения (перерасход лимита) возмещается Страховщику Страхователем в течение 15 (пятнадцати) календарных дней.

9.22. В случае если Застрахованный получил медицинскую услугу не предусмотренную Программой страхования, оплата такой медицинской услуги производится Страхователем/Застрахованным самостоятельно.

9.23. Осуществление страховой выплаты производится в тенге. Возможно осуществление страховой выплаты в иностранной валюте в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

9.24. Заявление на осуществление страховой выплаты по страховому случаю Застрахованным должно быть представлено Страховщику в письменной форме не позднее 90 (девяноста) календарных дней с даты начала лечения.

9.25. Для получения возмещения покрываемых расходов Застрахованный представляет Страховщику следующие документы:

9.25.1. заявление на возмещение произведенных расходов с детальным описанием обстоятельств наступления страхового случая;

9.25.2. оригиналы фискальных чеков и товарных чеков (счетов-фактур, квитанций об оплате) с указанием наименования каждого медицинского препарата, процедур, приемов врачей, их количества и стоимости, и содержащих следующую информацию: ФИО пациента; Фамилию и имя врача или учреждения; описание оказанных услуг; к рецептам должны быть приложены все счета за оплату.

9.25.3. копия документа, удостоверяющего личность (удостоверение личности, паспорт, удостоверение лица без гражданства, свидетельство о рождении ребенка), индивидуальный идентификационный номер (при наличии);

9.25.4. оригиналы медицинских заключений, выписки из медицинской карты стационарного/амбулаторного больного, сигнальный лист службы скорой помощи, подтверждающие получение Страхователем/Застрахованным медицинских услуг;

9.25.5. назначения лечащего врача на прием медицинских препаратов, прохождение процедур, прием врачей, за которые выставлены счета;

9.25.6. оригиналы документов, подтверждающие расходы на специализированный медицинский транспорт;

9.25.7. другие документы, необходимые Страховщику в качестве доказательств, подтверждающих размер произведенных расходов;

9.25.8. документы компетентных государственных органов, подтверждающие факт, обстоятельства наступления страхового случая (при необходимости).

9.26. В случаях непредставления Страхователем/Застрахованным документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, Страховщик обязан не позднее 7 (семи) рабочих дней после принятия последнего из документов, письменно уведомить их о недостающих документах.

9.27. В течение 50 (пятидесяти) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов Страховщик возмещает Страхователю/Застрахованному произведенные расходы безналичным платежом, либо направляет письменный мотивированный отказ в осуществлении страховой выплаты.

9.28. Медицинские расходы, произведенные Страхователем/Застрахованным до начала действия Договора или после истечения Страховщиком не возмещаются.

9.29. Бремя доказывания страхового случая, а также размера причиненного вреда лежит на Страхователе/Застрахованном.

9.30. Страховщик вправе частично или полностью отказать в осуществлении страховой выплаты в случае:

9.30.1. получения Застрахованным медицинской услуги, не предусмотренной Договором и Программой страхования;

9.30.2. сообщения Страхователем (Выгодоприобретателем) Страховщику заведомо ложных сведений;

9.30.3. нарушения Страхователем/Застрахованным условий Договора, Правил и законодательства Республики Казахстан, нарушения законодательства государства, на которое распространяется действие страховой защиты;

9.30.4. если при предварительном согласовании с Ассистансом не были учтены дополнительные медицинские услуги, возникшие в процессе лечения и такие расходы не были согласованы;

9.30.5. если Страхователь/Застрахованный своевременно не известил о наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора, за исключением экстренных случаев;

9.30.6. если Страхователь/Застрахованный имел возможность, но не представил в установленный Договором срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом (последствиями);

9.30.7. непринятия Страхователем/Застрахованным мер по устранению выявленных Страховщиком фактов, повышающих вероятность наступления страхового случая;

9.30.8. если Застрахованным нарушались предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом режим во время лечения, что подтверждается заключением врача(выпиской из амбулаторной карты или иными аналогичными медицинскими документами).

9.30.9. если Страхователь при заключении Договора заведомо преследовал цель извлечения неправомерной выгоды, в том числе заключения его после наступления страхового случая;

9.30.10. если Застрахованный передал свой Договор, Идентификационную медицинскую карточку другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

9.30.11. по иным основаниям, предусмотренным законодательством Республики Казахстан, Договором страхования и Правилами.

9.31. **Расходы, связанные с оказанием медико-транспортной помощи. Медицинская эвакуация, репатриация и транспортировка по экстренным показаниям.**

9.31.1. Страховщиком покрываются расходы, связанные с:

9.31.1.1. перемещением Застрахованного в ближайшее лечебное учреждение для оказания наиболее квалифицированной помощи;

9.31.2. медицинской эвакуацией.

9.31.3. Расходы, связанные с репатриацией тела (останков) Застрахованного, включают в себя:

9.31.3.1. юридическое оформление и расходы на вскрытие тела, бальзамирование, гроб, требуемый для международной перевозки;

9.31.3.2. перевозку останков в аэропорт, наиболее близкий к предполагаемому месту захоронения в Стране постоянного проживания/Стране гражданства, Застрахованный и с которым есть прямое международное сообщение.

9.32. **Расходы, связанные с возвращением детей Застрахованного до 18 лет и детей до 23 лет, обучающихся по очной форме обучения, находящихся у него на иждивении.**

9.32.1. Если дети Застрахованного, остаются на территории страхования без присмотра из-за наступления несчастного случая с последним, Страховщик оплатит им проезд эконом классом в Страну проживания. При этом Страховщик вправе требовать у Страхователя/Застрахованного возврата стоимости неиспользованного авиабилета (авиабилетов) на детей в связи с наступлением страхового случая.

9.33. **Расходы на поездку и проживание сопровождающего лица.**

9.33.1. Дополнительные расходы на поездку и проживание необходимы и обосновано могут быть понесены на определенного Застрахованным/представителем Застрахованного одного человека для:

9.33.1.1. сопровождения Застрахованного в ближайшую соответствующую больницу или лечебное отделение в случае экстренной эвакуации;

9.33.1.2. сопровождения останков Застрахованного в Страну проживания/Страну гражданства в случае смерти.

9.33.2. Расходы на проживание будут оплачены в пределах 3 500 (три тысячи пятьсот) евро по одному страховому случаю, максимум за 15 (пятнадцать) календарных дней, при этом расходы должны быть стандартными, обоснованными и документально подтвержденными.

9.34. **Оплата дополнительных расходов на поездку и проживание в связи со смертью или болезнью супруга/супруги или близкого родственника Застрахованного.**

9.34.1. Страховщик возместит дополнительные расходы на проживание и однократную поездку в пределах 3 500 (три тысячи пятьсот) евро по одному страховому случаю максимум за 15 (пятнадцать) дней, понесенные Застрахованным в связи с:

9.34.1.1. необходимостью досрочного возврата Застрахованного в Страну проживания/Страну гражданства в связи со смертью супруга/супруги или близкого родственника Застрахованного в возрасте до 75 лет;

9.34.1.2. госпитализацией супруга/супруги или близкого родственника Застрахованного, находящегося, по мнению лечащего врача, в состоянии, угрожающем жизни. При этом не предусматривается покрытие при повторной поездке в Страну проживания/Страну гражданства по причине последующей смерти супруга/супруги или близкого родственника Застрахованного;

9.34.1.3. необходимостью присутствия одного супруга/супруги или близкого родственника Застрахованного, если в случае происшествия или болезни, Застрахованный находится в состоянии, угрожающем жизни по мнению лечащего врача.

9.35. **Возмещения в случае войны и терроризма.**

9.35.1. Договор и Программа страхования покрывает телесные увечья, прямо или косвенно, вызванные актами войны и терроризма в соответствии с лимитами ответственности.

9.35.2. Возмещения в случае войны и терроризма не распространяются на случаи участия Застрахованного в следующих событиях:

9.35.2.1. если оно произошло или случилось на территории стран, указанных на сайте **www.nsk.kz**, если посещение данных стран и территорий не было письменно одобрено Страховщиком;

9.35.2.2. войны в Европе, кроме гражданской войны и любых действий от имени Организации Объединенных Наций, в которую любая из указанных на сайте **www.nsk.kz** стран или любые вооруженные силы были вовлечены.

9.36. Страховщик вправе запросить у Застрахованного лица сведения медицинского характера, а также документы (справки, выписки, результаты анализов и т.п., выданные уполномоченными учреждениями и компетентными органами), характеризующие состояние здоровья Застрахованного лица на момент принятия его на страхование.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СПИСКА ЗАСТРАХОВАННЫХ

10.1. По договорам заключенным с физическими лицами изменение списка Застрахованных производится в следующем порядке:

10.1.1. изменения и дополнения к списку Застрахованных оформляются письменно путем подписания дополнительного соглашения к Договору о внесении изменений и дополнений в список Застрахованных;

10.1.2. члены семьи Основного Застрахованного могут быть включены в список Застрахованных в любой период действия Договора, но не ранее, чем со дня, следующего за днем направления Страховщику соответствующего запроса (если по соглашению Сторон Договора не будет установлено иное);

10.1.3. при включении в список Застрахованных членов семьи страховая премия, подлежащая уплате, определяется Программой страхования, остается неизменной и не подлежит перерасчету.

10.1.4. действие страховой защиты в отношении вновь Застрахованных начинается со дня, указанного в дополнительном соглашении к Договору о внесении изменений и дополнений в список Застрахованных.

10.1.5. сумма возврата страховой премии по исключенным членам семьи подлежит частичному возврату Страхователю за не истекший период действия Договора, за вычетом понесенных Страховщиком административных расходов на ведение дела в размере 25% от суммы страховой премии исключаемого члена семьи. В случае, если по исключаемому Застрахованному осуществлялись страховые выплаты, то возврат страховой премии не производится.

10.2. Замена Застрахованных по Договорам с физическими лицами не производится.

10.3. По договорам заключенным с юридическими лицами изменение списка Застрахованных производится в следующем порядке:

10.3.1. изменения и дополнения к списку Застрахованных оформляются письменно путем подписания дополнительного соглашения к Договору о внесении изменений и дополнений в список Застрахованных;

10.3.2. при внесении изменений в список Застрахованных (увольнении/приеме на работу) Страхователь письменно уведомляет Страховщика о необходимости внесения изменений/дополнений в список Застрахованных, но не ранее, чем со дня, следующего за днем направления Страховщику соответствующего запроса (если по соглашению Сторон Договора не будет установлено иное);

10.3.3. действие страховой защиты в отношении уволенных/уволившихся сотрудников Страхователя и Застрахованных членов семьи такого сотрудника прекращается в день расторжения трудового договора;

10.3.4. при включении в список Застрахованных сотрудников Страхователя, страховая премия, подлежащая уплате, страховая сумма и предельные объемы ответственности Страховщика по отдельным категориям медицинских услуг (таким как покрытие медикаментов, при амбулаторном лечении и стоматологическая помощь и т.д.) определяются Программой страхования и рассчитываются на фактический период страхования на пропорциональной основе;

10.3.5. действие страховой защиты в отношении вновь Застрахованных начинается со дня, указанного в дополнительном соглашении к Договору о внесении изменений и дополнений в список Застрахованных.

10.3.6. сумма возврата страховой премии по уволенным/уволившимся сотрудникам и членам их семей подлежит частичному возврату Страхователю за не истекший период действия Договора, за вычетом понесенных Страховщиком административных расходов на ведение дела в размере 25% от суммы страховой премии по уволившемуся сотруднику. В случае, если по исключаемому Застрахованному осуществлялись страховые выплаты, то возврат страховой премии не производится.

10.4. При исключении застрахованного из списка застрахованных, возврат страховой премии, предусмотренный п/п. 10.1.5., 10.3.6. Правил, осуществляется по истечении 180 (ста восьмидесяти) календарных дней с даты исключения застрахованного из списка застрахованных.

10.4.1. Страховщик в отношении вновь принятого (включаемого) лица и до истечения 10 рабочих дней со дня получения заявления направляет Страхователю для подписания подготовленное дополнительное соглашение к Договору о внесении изменений и дополнений в список Застрахованных.

10.4.2. Члены семьи Застрахованного сотрудника могут быть включены в список Застрахованных в любой период действия Договора, но не ранее, чем со дня, следующего за днем направления Страховщику соответствующего запроса (если по соглашению Сторон Договора не будет установлено иное);

10.5. Дети, родившиеся в период страхования, родителем которых является Основной Застрахованный, могут быть включены в список как Застрахованные по данному Договору с момента их рождения до даты окончания действия Договора, при условии:

10.5.1. письменного уведомления Страховщика о рождении;

10.5.2. предоставлении копии свидетельства о рождении ребенка в течение месяца со дня рождения ребенка;

10.5.3. оплате дополнительной премии за прикрепление ребенка.

10.6. Услуги по уходу за новорожденными предоставляются, только если период беременности покрывался Договором, и рассчитаны на период двух недель после рождения ребенка.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА

11.1. **Страховщик обязан:**

11.1.1. ознакомить Страхователя с условиями Договора, Правилами и Программой страхования;

11.1.2. осуществить страховую выплату Выгодоприобретателю в размере, порядке и сроки, предусмотренные Договором, или направить Страхователю или Выгодоприобретателю письменный мотивированный отказ в осуществлении страховой выплаты в соответствии с условиями, установленными Договором.

11.1.3. возместить Страхователю расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;

11.1.4. обеспечить тайну страхования;

11.1.5. совершать другие действия, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Республики Казахстан.

11.2. **Страховщик имеет право:**

11.2.1. требовать от Страхователя информацию, необходимую для установления факта страхового случая, обстоятельств его возникновения;

11.2.2. проверять представляемую ему информацию и документы;

11.2.3. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, в том числе направлять запросы в компетентные органы;

11.2.4. в случае увеличения степени риска потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в порядке, предусмотренном Договором и Правилами;

11.2.5. отказать в осуществлении страховой выплаты полностью или частично по основаниям, предусмотренным Договором, Правилами и действующим законодательством Республики Казахстан;

11.2.6. совершать другие действия, не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан.

11.3. **Страхователь обязан:**

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

11.3.2. при подписании Договора сообщить Страховщику все интересующие его сведения, необходимые для целей страхования;

11.3.3. при заключении и в период действия Договора сообщать Страховщику обо всех действующих или заключаемых договорах страхования в отношении Застрахованных;

11.3.4. информировать Страховщика о состоянии страхового риска;

11.3.5. незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

11.3.6. в течение 24 часов с момента наступления события, имеющего признаки страхового случая, уведомить о наступлении страхового случая Ассистанс либо Страховщика;

11.3.7. при необходимости в целях соблюдения требований действующего законодательства Республики Казахстан получить согласие Застрахованного на заключение Договора;

11.3.8. содействовать Страховщику в выяснении размеров убытка, причин и иных обстоятельств наступления страхового случая;

11.3.9. оказать содействие в возврате Выгодоприобретателем Страховщику полученной страховой выплаты в полном объеме или частично, если в течение предусмотренных законодательством Республики Казахстан сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое по законодательству Республики Казахстан, Правилам или Договору полностью или частично лишает Выгодоприобретателя права на получение страховой выплаты;

11.3.10. в случае отказа предоставить медицинские услуги Застрахованному немедленно поставить об этом в известность Ассистанс или Страховщика. При отсутствии у Страхователя такой возможности, информировать о вышеизложенном может любое уполномоченное Страхователем/Застрахованным лицо;

11.3.11. при необходимости по требованию Страховщика проконтролировать прохождение Застрахованным медицинского обследования и представить его результаты;

11.3.12. предоставлять документы, необходимые для осуществления страховой выплаты на русском или государственном языке. В случае если документ составлен на ином языке, за свой счет предоставить Страховщику нотариально заверенный перевод документа на русский или государственный язык;

11.3.13. совершать другие действия, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Республики Казахстан.

11.4. **Страхователь (Застрахованный) имеет право:**

11.4.1. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования и порядка действия Договора;

11.4.2. требовать оказания медицинских услуг согласно условиям Договора и Программы страхования;

11.4.3. получить дубликат Договора, Идентификационной медицинской карточки в случае их утраты;

11.4.4. получить страховую выплату в соответствии с Договором, Правилами и Программой страхования;

11.4.5. совершать другие действия, непротиворечащие действующему законодательству Республики Казахстан.

11.5. Правилами предусмотрены также иные права и обязанности сторон Договора, не отраженные в настоящей главе Правил.

12. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

12.1. Все изменения и дополнения имеют юридическую силу при условии их письменного оформления и подписания уполномоченными представителями сторон Договора. Все изменения, дополнения, а так же Приложения к Договору, надлежащим образом оформленные, являются его неотъемлемой частью.

12.2. Страхователь/ Застрахованный должен быть уведомлен об изменениях, и считается, что Страхователь/Застрахованный согласен с такими изменениями, если в сроки, предусмотренные уведомлением, об обратном письменно не было сообщено.

12.3. Договор прекращается в случаях:

12.3.1. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем/Застрахованным по Договору в полном объёме;

12.3.2. истечения срока его действия;

12.3.3. ликвидации Страховщика/Страхователя – юридического лица в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан;

12.3.4. принятия судом решения о признании Договора недействительным;

12.3.5. передачи Страхователем/Застрахованным другому лицу Идентификационной медицинской карточки с целью получения последним медицинских услуг. В таком случае в отношении данного Застрахованного расторгается Договор с момента, когда Страховщику стало известно об этом и он исключается из списка Застрахованных. При этом, уплаченная страховая премия не возвращается;

12.3.6. неуплаты страховой премии или очередного взноса в сроки, предусмотренные Договором;

12.3.7. в случае если Страхователь/Застрахованный сообщил ложные сведения или скрыл при заполнении Заявления-анкеты наличие имеющихся заболеваний. При этом, уплаченная страховая премия не возвращается;

12.3.8. в отношении детей, достигших возврата 21 года в период действия Договора (или не достигших 23 лет, при условии, что может быть подтвержден факт, что ребенок продолжает обучение по очной форме, либо находится на иждивении Застрахованного);

12.3.9. в отношении Застрахованного в день, в который Застрахованный достиг возраста 75 (семидесяти пяти) лет.

12.3.10. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

12.4. Если возраст Застрахованного был некорректно указан, в результате чего уплаченная страховая премия является недостаточной, Страхователь обязан уплатить недостающую разницу незамедлительно. Любое превышение страховой премии, которое образовалось в результате ошибочно указанного возраста, будет возвращено Страховщиком. Если при указании корректного возраста на Застрахованных не распространяется действие Договора, то страховые выплаты в отношении такого Застрахованного не производятся.

12.5. Договор может быть прекращен досрочно по соглашению сторон Договора, а также по требованию Страхователя или Страховщика.

12.6. О намерении досрочного прекращения Договора стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения действия Договора.

12.7. При досрочном прекращении Договора страхования по требованию Страхователя или Страховщика по условиям, предусмотренным действующей редакцией Гражданского кодекса Республики Казахстан, за исключением случаев описанных в пункте 12.7.1 настоящих Правил, Страховщик возвращает Страхователю уплаченные им страховые премии за не истекший период действия Договора страхования, за вычетом понесенных расходов на ведение дела в размере 25% от общей суммы страховой премии. При этом сумма страховой премии не возвращается по Застрахованным, в отношении которых была осуществлена страховая выплата. Часть страховой премии рассчитывается по следующей формуле:

$$(100\% - 30\%) * \left(\text{ОСП} - \frac{\text{СП} * \text{i}}{\text{N}}\right)$$, где:

30% – *Расходы Страховщика на ведение дела;*
ОСП – *Оплаченная страховая премия по Договору страхования;*
СП – *Общая страховая премия по Договору страхования;*
i – *Количество использованных дней (день обращения считается неиспользованным);*
N – *Срок действия Договора страхования (в днях).*

12.7.1 При досрочном прекращении Договора страхования по требованию Страхователя – физического лица, в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения по условиям, предусмотренным действующей редакцией Гражданского Кодекса Республики Казахстан, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, рассчитанной по следующей формуле:

$$(100\% - 10\%) * \left(\text{ОСП} - \frac{\text{СП} * \text{i}}{\text{N}}\right)$$, где:

10% – *Расходы Страховщика на ведение дела;*
ОСП – *Оплаченная страховая премия по Договору страхования;*
СП – *Общая страховая премия по Договору страхования;*
i – *Количество использованных дней (день обращения считается неиспользованным);*
N – *Срок действия Договора страхования (в днях).*

12.8. При досрочном расторжении Договора, возврат страховой премии, предусмотренный п. 12.7 Правил, осуществляется по истечении 180 (ста восьмидесяти) календарных дней с даты расторжения Договора.

12.9. В случаях, когда расторжение Договора вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возвратить Страхователю уплаченную им страховую премию полностью.

12.10. При несвоевременной оплате Страхователем очередного страхового взноса, действие страховой защиты по Договору приостанавливается Страховщиком в одностороннем порядке со дня, следующего за днем просроченного срока оплаты страховой премии или очередного страхового

взноса. При этом Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим в период приостановления действия страховой защиты.

12.11. В случае если в течение 30 (тридцати) календарных дней оплата страховой премии не будет произведена, действие Договора прекращается Страховщиком в одностороннем порядке со дня, следующего за днем просроченного срока оплаты страховой премии либо очередного страхового взноса.

12.12. При отказе страхователя от договора (пункт 2 статьи 841 ГК РК), если это не связано с обстоятельствами, указанными в части первой пункта 1 статьи 841 ГК РК, в частях второй и третьей пункта 2 ст. 842 ГК РК , уплаченные страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату, если договором не предусмотрено иное.

13. ФОРС-МАЖОР

13.1. Форс-мажор – чрезвычайные обстоятельства, при наступлении которых Страховщик освобождается от выполнения обязательств по договорам страхования, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора страхования, в результате событий чрезвычайного характера, которые невозможно было ни предвидеть, ни преодолеть.

13.2. Форс-мажорные обстоятельства включают в себя, но не ограничиваются этим: наводнения, пожары, землетрясения и другие стихийные бедствия, войны или военные действия любого характера, блокады, запреты государственных органов.

13.3. Сторона, которая испытывает действие форс-мажорных обстоятельств, обязана уведомить о наступлении таких обстоятельств, другую сторону в течение 3 (трех) рабочих дней с момента наступления таких обстоятельств.

13.4. Действие форс-мажорных обстоятельств должно подтверждаться соответствующими документами компетентных органов.

13.5. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по Договору, не несет имущественную ответственность, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельствах.

14. ПРИМЕНИМОЕ ПРАВО И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Договор подлежит толкованию и применению в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

14.2. Все споры между Страховщиком и Страхователем/Застрахованным по Договору решаются путем переговоров. При не достижении соглашения, спор рассматривается в судебном порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Казахстан.

НСК

сенімді сақтандыру | надежное страхование

Прошнуровано и пронумеровано
Количество листов:
19 (девятнадцать)

Ф.И.О.: Ковшик
Подпись:

НСК