



АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «НЕФТЯНАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ»

*Юридический адрес: Республика Казахстан, г. Алматы, мкр-н Алмагуль, 15 А,
Телефон: (727) 258-18-00/01/02, 2258 бесплатная линия для сотовых операторов*

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ

**Утверждены Советом Директоров
АО «Нефтяная страховая компания»**

**протокол № 02-01/06 от « 18 » Февраля 2021 года
Вступление в силу с « 18 » Февраля 2021 года**

г.Алматы, 2021г.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. В соответствии с условиями, предусмотренными в настоящих Правилах, Акционерное Общество «Нефтяная страховая компания» (в дальнейшем – «Страховщик») заключает с физическими и юридическими лицами (независимо от форм собственности) договоры добровольного страхования на случай болезни, по условиям, которые гарантируют покрытие расходов на медицинские услуги и медикаменты в медицинских учреждениях, предоставленных в объеме, предусмотренном договором страхования на случай болезни (далее – договор страхования) и Программой страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.
- 1.2. Все приложения к настоящим Правилам являются неотъемлемой частью Правил.
- 1.3. В настоящих Правилах используются следующие термины:
 - 1.3.1. **Ассистанс** – юридическое лицо, действующее от имени и по поручению Страховщика в целях предоставления медицинских услуг Застрахованному.
 - 1.3.2. **Программа страхования** – неотъемлемая часть договора страхования, которая включает в себя: перечень медицинских услуг и лимиты ответственности Страховщика по тем или иным медицинским услугам, предусмотренных договором страхования и предоставляемых Застрахованным, медицинскими учреждениями, аптеками, входящими в сеть Страховщика.
 - 1.3.3. **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Застрахованными могут быть лица в возрасте до 65 (шестидесяти пяти) лет включительно.
 - 1.3.4. **Врачи и/или медицинские учреждения из списка Страховщика** - медицинские учреждения и врачи, с которыми Страховщик заключил соответствующие договоры на оказание медицинских услуг Застрахованным.
 - 1.3.5. **Медицинская пластиковая карта** – пластиковая карта, выдаваемая каждому Застрахованному с указанием индивидуального номера, фамилии ее владельца, срока действия, Программы страхования, подтверждающее право Застрахованных на получение медицинской помощи в медицинских учреждениях.
 - 1.3.6. **Интернет-ресурс** – электронный информационный ресурс, отображаемый в текстовом, графическом, аудиовизуальном или ином виде, размещаемый на аппаратно-программном комплексе, имеющий уникальный сетевой адрес и (или) доменное имя и функционирующий в Интернете. Интернет-ресурс Страховщика размещен по адресу: www.nsk.kz.
 - 1.3.7. **Амбулаторная помощь** – помощь врачей общего и узкого профиля, при возникновении заболеваний, оказанная в условиях амбулатории, поликлиники.
 - 1.3.8. **Стационарная помощь** – включает консультации и другие профессиональные услуги врачей, проведение диагностических тестов, проведение лабораторных исследований, пребывание в палате стационара, питание, уход среднего медицинского персонала, пребывание в отделении интенсивной терапии, использование операционной и послеоперационной палат, услуги, обычно предоставляемые стационарным учреждением, лечебные манипуляции, анестетики и их введение, проведение реабилитационных мероприятий, предписанных лечащим врачом и необходимых для восстановления после заболевания.
 - 1.3.9. **Неотложная медицинская помощь** - включает в себя выезд бригады неотложной медицинской помощи, лечебные манипуляции, а также перевозку и госпитализацию Застрахованного.
 - 1.3.10. **Лабораторные исследования** – сдача и исследование анализов: крови, мочи и т.д. при возникновении заболеваний или подозрении на возникновение заболеваний;
 - 1.3.11. **Инструментальные исследования** – диагностические исследования с помощью специальной аппаратуры: рентген-аппарата, УЗИ, ЭКГ, фиброгастроскопа, томографа и т.п.;
 - 1.3.12. **Госпитализация** – пребывание в стационаре в течение 1 (одних) или более суток;
 - 1.3.13. **Экстренные показания** – внезапно возникшие состояния, угрожающие жизни Застрахованному и требующие немедленной и неотложной медицинской помощи:
 - 1) Острая боль;

- 2) ожоги, обморожения, острые отравления, и травмы;
 - 3) шок любой этиологии;
 - 4) высокая температура тела выше 38°C (тридцати восьми) градусов по Цельсию;
 - 5) судороги, потеря сознания, удушье;
 - 6) острые кровотечения;
 - 7) гипертонические, гипотонические кризы;
 - 8) острые аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса);
 - 9) острые хирургические состояния (абсцессы, панариции, и другие гнойные процессы, требующие срочного хирургического вмешательства).
- 1.3.14. **Диагностические показания** - комплекс мероприятий, необходимых для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клиническое обследование);
- 1.3.15. **Лечебные показания** – комплекс мероприятий, необходимых для лечения Застрахованного с установленным диагнозом;
- 1.3.16. **Профилактические показания:** комплекс мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний и профилактике установленных (вакцинации, профилактические осмотры).
- 1.3.17. **Медикаменты** - медицинские препараты, необходимые для лечения заболевания.
- 1.3.18. **Физиопроцедуры** - физиотерапевтическое лечение с использованием специальной аппаратуры в условиях медицинского учреждения, в т.ч. УВЧ, СВЧ, УФО, тепловые процедуры, ультразвуковые процедуры, кварц, дорсанваль, соляные шахты, ингаляции, светолечение, амплипульстерапия и т.п.;
- 1.3.19. **Лечебный массаж** - мануальное воздействие на организм, направленное на лечение (исключая профилактику) того или иного заболевания;
- 1.3.20. **Медицинское сопровождение** - сопровождение Застрахованного врачом при транспортировке в стационар, поликлинику, согласно Программе страхования.
- 1.3.21. **Обслуживание на дому** - доступ к сети семейных врачей и среднего медицинского персонала, обслуживающих Застрахованных на дому (осмотр, диагностика, назначения, медицинские манипуляции).
- 1.3.22. **Члены семьи** – родственники Застрахованного, проживающие с ним по одному адресу в возрасте до 65 (шестидесяти пяти) лет, дети от 1 (одного) года до 18 (восемнадцати) лет, согласно Программе страхования.
- 1.3.23. **Страховой случай** – свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату Выгодоприобретателю.
- 1.3.24. **Реабилитация** – медицинские меры, направленные на восстановление здоровья и трудоспособности Застрахованного лица в условиях поликлиники или санатория. Она проводится после стационарного лечения по направлению семейного врача с покрытием только лечебных процедур и манипуляций.
- 1.3.25. **Страховщик** – лицо, осуществляющее страхование, то есть обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (Выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).
- 1.3.26. **Страхователь** – лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования. Страхователями могут быть юридические и физические лица.
- 1.3.27. **Застрахованный** – лицо, в отношении которого осуществляется страхование.
- 1.3.28. **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с Договором страхования или законодательными актами является получателем страховой выплаты.
- 1.3.29. **Табель начислений** – табель расчёта возврата и начисления страховой премии.
- 1.3.30. **Страховая сумма (страховой лимит)** - предельный объём ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора;
- 1.3.31. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятное им на себя обязательство осуществить страховую выплату при

наступлении Страхового случая в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

- 1.3.32. **Памятка по медицинскому обслуживанию** - документ, не являющийся Договором страхования, выдаваемый информационно Страхователем Застрахованному лицу и содержащий информацию, необходимую для реализации Застрахованным своих прав по заключенному в отношении него Договору страхования. Условия страхования, зафиксированные в Памятке, не могут читаться и толковаться отдельно от положений, содержащихся в Договоре страхования. Ответственность за выдачу Памятки исключительно Застрахованным лицам, указанных в Договоре страхования, несет Страхователь. Выдача Памятки может осуществляться путем ее направления на электронную почту Застрахованного лица с подтверждением о получении.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Субъектами страхования на случай болезни выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный и медицинское учреждение.
- 2.2. Страховщик заключает договоры добровольного страхования на случай болезни в соответствии с настоящими Правилами.
- 2.3. Страхователями по договору страхования могут быть физические и юридические лица, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц – Застрахованных.
- 2.4. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного, предусмотренные настоящими Правилами.
- 2.5. Застрахованным по настоящим Правилам, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо в возрасте от 1 года до 65 лет включительно (на дату окончания договора страхования не более 66 лет).
- 2.6. На страхование не принимаются лица, которые на момент заключения договора страхования имеют следующие заболевания, а в случае выявления заболевания из нижеследующего перечня – оплата лечения производится самим Застрахованным. В этом случае Застрахованный исключается из списка застрахованных:
- 2.6.1. Заболевания, входящие в перечень социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих по законодательству Республики Казахстан;
- 2.6.2. цирроз печени;
- 2.6.3. эндокринные нарушения (Болезнь Адисона, синдром Кушинга, феохромоцитома, гипотиреоз - тяжелое течение, болезнь Вильсона);
- 2.6.4. неврологические и психоневрологические заболевания: болезнь Альцгеймера, последствия и осложнения перенесенного нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия, эпилепсия, а также связанные с ними травматические повреждения;
- 2.6.5. алкоголизм; наркомания или токсикомания;
- 2.6.6. бронхэкстatischeкая болезнь, дыхательная недостаточность при хронических заболеваниях легких (ДН 2-3), бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ);
- 2.6.7. заболевания сердечно-сосудистой системы: приобретенные пороки сердца, врожденные пороки сердца (кроме пролапса митрального клапана), сердечная недостаточность II-III степени, тяжелые формы аритмии (мерцательная аритмия, полная атриовентрикулярная блокада и другие тяжелые формы аритмии), постинфарктный кардиосклероз и кардиомиопатия с сердечной недостаточностью II-III.
- 2.7. На страхование не принимаются лица, являющиеся инвалидами с детства и инвалидами 1 и 2 групп.
- 2.8. На страхование не принимаются лица, которые госпитализированы на момент заключения договора страхования. После проведенного лечения и выздоровления они имеют право застраховаться согласно условиям договора страхования. Если в период действия договора страхования Застрахованный приобретает заболевания, указанные в п. 2.6. настоящего договора страхования, или устанавливается инвалидность Застрахованного, то Страховщик покрывает расходы за медицинские услуги, полученные Застрахованным до

установления диагноза по данному заболеванию или инвалидности, а также полученные в ходе установления диагноза (если ранее данный диагноз никогда не устанавливался), направленные на обследование Застрахованного. При установлении в период действия договора страхования Застрахованному инвалидности 1 или 2 группы или диагноза по заболеванию, указанному в п.2.6. настоящих Правил, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного с даты установления инвалидности или заболевания (если в отношении данного Застрахованного наступают оба указанных события, то принимается во внимание дата события, наступившего ранее).

- 2.9. Договоры страхования могут заключаться:
 - 2.9.1 без предварительного медицинского освидетельствовании;
 - 2.9.2 с предварительным медицинским освидетельствованием;
 - 2.9.3 с предоставлением амбулаторной карты;
 - 2.9.4 после проведения анкетирования.
- 2.10 По договору страхования могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги предусмотренные Программой страхования.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 3.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Застрахованного, связанные с его расходами по получению медицинской помощи при наступлении страхового случая.
- 3.2. Оценка ущерба определяется в соответствии с медицинскими и иными документами, предоставляемыми Страхователем/Застрахованным в соответствии с условиями настоящих Правил.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

- 4.1. Страховая сумма устанавливается в договоре страхования, но не может быть ниже суммы, установленной Страховщиком по конкретной Программе страхования.
- 4.2. Начисление страховой премии осуществляется согласно выбранной Страхователем Программы страхования.
- 4.3. Размер страховой премии может быть изменен в связи с изменениями срока страхования и факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.
- 4.4. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменении ее стоимости, размер страховой премии и страховой суммы в рамках Программы страхования может быть изменен по соглашению сторон.
- 4.5. При включении вновь принятого работника в список Застрахованных страховая премия, страховая сумма и предельные объемы ответственности Страховщика по отдельным категориям медицинских услуг (таким как покрытие медикаментов, при амбулаторном лечении и стоматологическая помощь) устанавливаются в соответствии с Табелем начисления.
- 4.6. При включении в Список Застрахованных члена семьи Застрахованного страховая премия, подлежащая уплате определяется Программой страхования и не зависит от даты включения остается неизменной и не подлежит перерасчету по Табелю начисления.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 5.1. Страховым случаем является произведение расходов Застрахованным в связи с обращением к врачам и/или в медицинские учреждения из списка Страховщика за получением консультативной, лечебной или иной медицинской помощи, медицинских услуг и/или приобретением медицинских препаратов, вызванных состоянием здоровья Застрахованного (заболевание) в соответствии с выбранной Страхователем Программой страхования в течение срока действия договора страхования.

- 5.2. Страховщик обязан при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату в размере, порядке и сроки, предусмотренные договором страхования и Программой страхования.
- 5.3. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские расходы застрахованных лиц, если эти медицинские услуги или медицинские учреждения не были предусмотрены договором страхования и Программой страхования.
- 5.4. Все медицинские расходы, произведенные до начала срока действия и после окончания срока действия договора страхованием не покрываются.
- 5.5. Страховыми рисками являются затраты на медицинские услуги по восстановлению здоровья и уходу за больным, по выбранной Страхователем Программе страхования.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

- 6.1. Страховщик не возмещает расходы, если иное не установлено договором страхования\ Программой страхования, связанные со следующими услугами и заболеваниями, исключая их диагностику:
медицинские расходы, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений, за исключением случаев, когда окончательный диагноз еще не установлен:
 - 1)добропачественные образования, а также обусловленные ими осложнения, (в том числе, миома матки, фиброаденома, кистозные образования яичников и т.д.), фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) и т.д.), гиперпластические процессы, аденоиды;
 - 2)Заболевания, входящие в перечень социально значимых заболеваний, согласно законодательству Республики, Казахстан;
 - 3)Заболевания, входящие в перечень заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, согласно законодательству Республики, Казахстан, в том числе:
-карантинные инфекции: в том числе атипичные виды (штаммы) гриппа/пневмонии и их последствия, а так же инфекционные заболевания, являющиеся следствием нарушения Застрахованным профилактических карантинных мероприятий после контакта с носителем, оспа, полиомиелит (вызванный диким полиовирусом), человеческий грипп (вызванный новым подтипов), 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;
 - 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;
 - 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;
 - острые инфекционные заболевания: острые вирусные гепатиты, брюшной тиф и паратифы (A, B, C), сальмонеллезы, дизентерия, иерсиниоз, риккетсиозы, клещевой вирусный энцефалит;
 - 4)чесотка; гельминтозы;
 - 5)заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие экстракорпоральных методов лечения и гемодиализа; цирроз печени, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, хронические гепатиты, стеатозы; заболевания мочеполовой системы (амилоидоз, нефросклероз, гломерулонефриты, хронические простатиты, (проведение урологического массажа), энурезы любого происхождения;
 - 6)дефицитные анемии; заболевания крови и кровеносной системы: все виды анемий(кроме постгеморрагической анемии) геморрагические диатезы, тромбоцитопении, гемобластозы и т.д.

- 7)рахит;
- 8)врожденные и наследственные пороки развития, консультация генетика;
- 9)заболевания, передающиеся половым путем, в том числе и венерические;
- 10)расходы, связанные с диагностическими исследованиями –иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция более 3-х (трех) возбудителей за 1 (один) страховой случай, а также определение общего гормонального статуса, за исключением диагностики по заболеванию явившимся причиной обращения;
- 11)хронические кожные заболевания: псориаз, экзема, аллопеция, микозы, нейродермит, витилиго и др.;
- 12)все виды микозов и противогрибковая терапия, за исключением профилактической терапии на фоне антибиотикотерапии;
- 13)хроническое заболевание сосудов (облитерирующий эндартериит, атеросклероз, аневризма и т.д.) варикозное расширение вен нижних конечностей и варикозная болезнь, (в том числе геморрой), болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), ревматоидный артрит, болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит);
- 14)расходы, связанные с пластической, косметической и восстановительной медициной;
- 15)расходы, связанные с хирургической коррекцией зрения и лечение миопии, катаракты, глаукомы, астигматизма, спазма аккомодации, отдаленных последствий травм глаза в виде отслойки сетчатки, в том числе с применением лазера, манипуляций с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, массажем век и биостимуляцией глазного яблока, подбором очков;
- 16)расходы, связанные с лечением заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации или протезирования и другие корректирующие имплантанты, в том числе эндопротезирования, фиксирующих конструкций, реконструктивных и пластических операций; аортокоронарного шунтирования, коронарография;
- 17)расходы, связанные с косметологическим лечением и другими видами лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных аномалий;
- 18)расходы, связанные с покупкой новых или ремонтом старых корректирующих медицинских устройств или приспособлений (слуховых аппаратов, оправ, линз или очков; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными - костили и т.п.);
- 19)расходы, связанные с применением методов народной медицины;
- 20)расходы, связанные применением следующих манипуляций с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло, тернопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, мануальная диагностики, энергоинформатика и пр.), с лечебной целью (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, биорезонансная терапия, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, грязелечение, исследование по Фоллю, ИФС, водные процедуры, кишечное орошение, сухая и подводная вытяжка, УФО крови, плазмоферез, гемосорбция, ваакумная терапия, флотинг, лазеротерапия (кроме физиолечения), озонотерапии, гипербарическая и нормобарическая оксигенотерапия, гипокситерапия);
- 21)расходы, связанные с проживанием, питанием в санаторно-курортных учреждениях;
- 22)расходы, связанные с искусственным прерыванием беременности (аборт) и его последствия, удаление внутриматочной спирали (ВМС), нарушение менструального цикла за исключением случаев, прямо угрожающих жизни женщины;
- 23)расходы при умышленном причинении Застрахованным телесных повреждений самому себе или покушении на самоубийство;
- 24)травмы, полученные во время участия застрахованного лица в любых профессиональных видах спорта, а также травма и заболевание Застрахованного в состоянии или являющиеся последствием алкогольного, наркотического, психотропного опьянения, за исключением употребления лекарственных препаратов с высокой и средней концентрацией алкоголя или наркотических средств и психотропных веществ по предписанию врача; травматическое повреждение или иное расстройство здоровья, наступившее в связи с совершением Застрахованным действий, в отношении которых судом установлены признаки уголовного преступления;
- 25)расходы, связанные с диагностикой и лечением бесплодия (мужское и женское), импотенции, хронического простатита вне обострений, услуг по планированию семьи;

- 26)расходы, связанные с диагностикой и лечением нарушений осанки, плоскостопия, деформирующего остеоартроза , артозы с нарушением функции суставов II и III степени плантарного фасциита («пяточная шпора»);
- 27)медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для разрешения на ношение оружия, получения водительских прав, посещения оздоровительных учреждений, поступления в учебные заведения, оформления справок для выезда за рубеж;
- 28)аллергические болезни вне стадии обострения и аллергодиагностика;
- 29)заболевания иммунной системы: иммунодефициты, аутоиммунные заболевания;
- 30)расходы за медицинские услуги и на медицинские препараты, полученные Застрахованным без направления/рецепта семейного врача;
- 31)следующие стоматологические услуги: ортодонтия, эстетическая стоматология, протезирование и подготовка к нему, имплантация, профилактические мероприятия (покрытие зубов фторлаком, герметизация фиссур), услуги, оказываемые в профилактических и косметический целях, в том числе профессиональная чистка зубов (на аппарате Air Flow и т.д.), panoramicный снимок без прямых показаний;
- 32)профессиональные заболевания
- 33)диагностика и лечение ожирения, коррекция веса, консультация диетолога, обменные нарушения, в том числе и остеопороз;
- 34)диагностика и лечение заболеваний эндокринной системы: сахарный и несахарный диабет и его осложнения, болезни щитовидной и паратиroidной железы, паратиroidных желез, гипофиза, надпочечников, гипофиза (при этом покрывается диагностика до установления диагноза); и их последствия, расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- 35)причинение вреда здоровью Застрахованного, связанные с выполнением любых форм опасных действий/работы (прыжки с парашютом, подводное плавание, воздухоплавание, авторалли, скалолазание, горные лыжи, рафтинг, альпинизм, серфинг, скейтбординг, катание на роликовых коньках, скачки, мотоциклах, квадроциклах, скутерах и пр.);
- 36)расходы, связанные с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились воздействие радиации, военные действия, народные волнения всякого рода, массовые беспорядки или забастовки, стихийные бедствия.
- 37)компьютерная томография, ядерно – магнитный резонанс (за исключением проведения не более 1 (одного) обследования в год по экстренным показаниям по согласованию со Страховщиком)
- 38)услуги психотерапевта, психолога, логопеда.
- 39)венерические заболевания;
- 40)психические заболевания, наследственно-дегенеративные болезни центральной нервной системы, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы и их осложнения, а также различные травмы и соматические состояния, возникшие в связи с заболеваниями психической природы, эпилепсия;
- 41)инфаркт миокарда;
- 42)ревматизм, системные поражения соединительной ткани;
- 43)злокачественные новообразования;
- 44)расходы на обследование по желанию Страхователя/Застрахованного с целью исключения карантинной инфекции
- 45)убытки и/или ущерб из-за распространения инфекционного¹ и/или паразитарного заболевания (пандемия, эпидемия), включая любое загрязнение, любую

дезактивацию, любую дезинфекцию, и/или любое действие уполномоченного государственного органа в отношении закрытия, ограничения или предотвращения доступа в связи с вышеизложенным.

6.2. Если иное не оговорено в Программе страхования, к страховым случаям не относятся:

- 6.2.1. консультации и диагностические исследования, связанные с беременностью и родами (за исключением случаев, прямо угрожающих жизни Застрахованной); стационарное лечение патологии беременности и родовспоможение;
- 6.2.2. ЛФК, физиотерапевтические процедуры, все виды массажа, включая лечебный массаж;
- 6.2.3. расходы на лечебные процедуры и манипуляции в санаторно-курортных учреждениях;
- 6.2.4. медицинское сопровождение (в стационаре и на обследование); доставка медикаментов на дом;
- 6.2.5. расходы, связанные с диагностикой и лечением хронических заболеваний вне стадий обострения, согласно программам страхования.
- 6.2.6. иные случаи, предусмотренные Правилами страхования и действующим законодательством Республики Казахстан.

6.3. Исключения по медицинским препаратам:

- 6.3.1 контрацептивные препараты;
- 6.3.2. витамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения); биологические активные добавки, пищевые добавки, биологические стимуляторы (например, настойка женщины и пр.);
- 6.3.3. анорексантные средства;
- 6.3.4. косметические средства;
- 6.3.5. гомеопатические препараты.
- 6.4. Расходы, связанные с оказанием медицинских услуг и лечением отдельных заболеваний из настоящего списка может быть включено в Программу страхования на особых условиях, согласованных со Страховщиком.
- 6.5. Решение об отказе в осуществлении страховой выплаты принимается специалистом отдела страховых выплат Управления медицинского страхования на основании документов медицинского учреждения в порядке и сроки, предусмотренные настоящими Правилами.
- 6.6. При несогласии Страхователя/Застрахованного с решением, принятым специалистом отдела страховых выплат Управления медицинского страхования, отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть оспорен в суде в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Казахстан.

7. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Срок действия договора 12 (двенадцать) месяцев с даты вступления договора в силу, если иное не установлено Договором.
- 7.2. Начало страховой защиты вступает в силу со дня, следующего за днем оплаты страховой премии. Днем оплаты страховой премии считается день поступления денег на банковский счет или в кассу Страховщика.
- 7.3. Договор считается заключенным с момента подписания его уполномоченными представителями Сторон.

¹ Инфекционное заболевание означает любое инфекционное заболевание, заразное заболевание, контагиозное заболевание и/или любое инфекционное, контагиозное или инфекционное вещество (включая (но не ограничиваясь этим) вирус, бактерию, паразита или организм или любую мутацию любых таких вещей, независимо от способа передачи (в том числе (но не ограничиваясь этим) может ли прямая или косвенная воздушно-капельная передача, передача телесной жидкости, передача с или на любую поверхность или объект, твердое тело, жидкость или газ), которая вызывает, может причинять или угрожать: ущерб здоровью человека; ущерб человеческому благосостоянию; и/или повреждение, порча, потеря стоимости, товарность или потеря использования материального или нематериального имущества. Во избежание сомнений инфекционная болезнь включает (но не ограничивается) коронавирусную болезнь 2019 (COVID-19) и любую её мутацию или вариацию.

- 7.4. Все изменения и дополнения имеют юридическую силу при условии их письменного оформления и подписания уполномоченными представителями Сторон. Все изменения и дополнения, а также Приложения к Договору, оформленные надлежащим образом, являются его неотъемлемой частью.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 8.1. На основании полученных данных Страховщик принимает решение о заключении Договора страхования.
8.1.1 Договор страхования заключается:
письменной форме путем:
-составления сторонами Договора страхования;
-присоединения Страхователя к Правилам страхования и выдачи Страховщиком Страхователю Договора.
- 8.2. Для заключения договора страхования на случай болезни Страхователь оформляет Заявление на страхование на случай болезни по форме Страховщика.
- 8.3. В Заявлении на страхование должны быть указаны:
1)наименование/фамилия, имя и отчество, место нахождения/адрес, телефон, банковские реквизиты Страхователя, Застрахованного;
2) срок, на который заключается договор страхования;
3) сведения о Застрахованном, позволяющие судить о степени риска (при необходимости).
- 8.4. На основании полученных данных Страховщик принимает решение о заключении договора страхования.
- 8.5. Для оформления договора страхования Страховщиком могут быть затребованы дополнительные документы, подтверждающие данные, указанные в заявлении на медицинское страхование и характеризующие степень риска.
- 8.6. Договор страхования может содержать и другие условия страхования, определяемые по соглашению сторон, не противоречащие настоящим Правилам и действующему законодательству Республики Казахстан.
- 8.7. Договор страхования заключается с юридическим лицом/физическими лицом в пользу Застрахованного и застрахованных членов его семьи.
- 8.8. При страховании юридических лиц, в случае увольнения Застрахованного сотрудника Страхователь вправе прекратить действие договора страхования в отношении уволенного лица или заменить его.
- 8.9. При заключении договора страхования Застрахованный освобождает врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

- 9.1.1. требовать предоставления Застрахованному медицинских услуг в медицинских учреждениях из списка Страховщика в соответствии с условиями Программы страхования;
- 9.1.2. вносить изменения и дополнения в Список Застрахованных в соответствии с условиями договора страхования;
- 9.1.3. включить в Список застрахованных нерезидентов Республики Казахстан. Нерезиденты прикрепляются только по базовым программам страхования;
- 9.1.4. при утрате медицинской пластиковой карты получить дубликат после оплаты 300 (триста) тенге, за расходы на повторное изготовление медицинских пластиковых карт;
- 9.1.5. обращаться к Страховщику за разъяснением условий страхования;
- 9.1.6. на досрочное прекращение Договора в соответствии с условиями Договора;
- 9.1.7. совершать иные действия, не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан.

9.2. Страховщик имеет право:

- 9.2.1. осуществлять контроль за выполнением Страхователем/Застрахованным условий договора страхования;
- 9.2.2. проверять сообщенную Страхователем/Застрахованным информацию;
- 9.2.3. отказать в страховой выплате, если Застрахованный не предоставил документы, подтверждающие и обосновывающие необходимость получения медицинских услуг или приобретения медицинских препаратов у врачей и/или в медицинских учреждениях, не указанных в списке Страховщика и невозможность получения аналогичных услуг у врачей и в медицинских учреждениях из списка Страховщика;
- 9.2.4. отказать в принятии на страхование Застрахованного или члена его семьи согласно условиям договора страхования;
- 9.2.5. при невыполнении/ненадлежащем выполнении Страхователем условий пп.10.10 и 10.11 настоящих Правил, приостановить действие страховой защиты в отношении определенного Застрахованного работника и членов его семьи, без продления срока действия страховой защиты. Возобновление страховой защиты производится со дня, следующего за днем уплаты соответствующих платежей;
- 9.2.6. требовать от Страхователя оплаты за повторное изготовление медицинских пластиковых карт в любом случае, кроме случая повторного изготовления по причине предоставления Страховщиком (его сотрудниками) в типографию недостоверной информации (данных) о Застрахованных;
- 9.2.7. досрочно расторгнуть Договор страхования при неисполнении или ненадлежащим исполнении Застрахованным и/или Страхователем своих обязанностей, предусмотренных договором страхования;
- 9.2.8. запросить историю болезни и иные сведения о состоянии здоровья Застрахованного в медицинском учреждении, оказывающем Застрахованному медицинские услуги;
- 9.2.9. приостановить организацию медицинского обслуживания и заблокировать действие страховой карточки Застрахованного лица, в случаях, предусмотренных Договором.
- 9.2.10. совершать иные действия, не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан.

9.3. Страхователь обязан:

- 9.3.1. уплачивать страховую премию/страховые взносы в сроки, определенные договором страхования;
- 9.3.2. изучить и знать условия страхования, предоставленные Страховщиком в соответствии с условиями договора страхования;
- 9.3.3. предоставлять Страховщику необходимые для заключения/исполнения договора страхования достоверные сведения;
- 9.3.4. возместить расходы Страховщика за повторное изготовление медицинских пластиковых карт, кроме случая, предусмотренного п.9.2.6 настоящих Правил;
- 9.3.5. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях договора и Программы страхования, выдать Застрахованному Памятку по медицинскому обслуживанию (Приложение № 4 к договору страхования) и уведомить Застрахованного:
 - 1)в случаи получения Застрахованным медицинских услуг и/или приобретения медицинских препаратов на сумму, превышающую соответствующие страховые суммы установленные Программой страхования, возместить Страховщику разницу в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения требования об оплате;
 - 2)соблюдать требования правил медицинского обслуживания, условий договора страхования, предписаний лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядока, установленного медицинским учреждением;
 - 3)при утрате медицинской пластиковой карты письменно сообщить об этом Страхователю и Страховщику для получения дубликата;
 - 4)для застрахованных лиц страхователя-юридического лица в течение 1 (одного) рабочего дня с момента увольнения, возвратить медицинскую пластиковую карту Страховщику;
 - 5)подписывать только заполненные семейным врачом/работником медицинского учреждения формуляры направлений и только в отношении фактически полученных медицинских услуг. В направлениях должны быть указаны: наименование медицинского учреждения, Ф.И.О. семейного врача, Ф.И.О. Застрахованного, диагноз, дата направления;

наименование каждой медицинской услуги, их количество, стоимость за каждую услугу и общая стоимость.

- 9.3.6. Страхователь-юридическое лицо, обязан изъять медицинские пластиковые карты непосредственно перед увольнением работника, за исключением случаев, когда период страхования у последних истек;
- 9.3.7. в течение 1 (одного) рабочего дня после изъятия медицинских пластиковых карт уволенных/уволившихся сотрудников возвратить их Страховщику;
- 9.3.8. выполнять иные действия, предусмотренные договором страхования, Правилами страхования и действующим законодательством Республики Казахстан.
- 9.3.9. предоставлять список Застрахованных и заявку для прохождения профосмотра согласно предписанию Санитарно-эпидемиологической станции или медосмотра не позднее чем за месяц до окончания периода действия договора страхования.
- 9.3.10. При невыполнении требований предоставления Застрахованным Памятки по медицинскому обслуживанию, согласно п.9.3.5 Правил страхования, возместить Страховщику сумму, превышающую страховые суммы установленные Программой страхования по каждому Застрахованному, в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения требования об оплате.

9.4. Страховщик обязан:

- 9.4.1. в течение 7 (семи) рабочих дней, следующих за днем уплаты Страхователем страховой премии, выдать Страхователю либо Застрахованному медицинскую пластиковую карту;
- 9.4.2. в течение 7 (семи) рабочих дней после получения заявления от Страхователя или Застрахованного выдать дубликат медицинской пластиковой карты;
- 9.4.3. производить страховые выплаты в соответствии с условиями настоящих Правил;
- 9.4.4. организовать предоставление Застрахованному Медицинского обслуживания, предусмотренного Договором и соответствующей Программой страхования, с учетом режима работы Поставщиков медицинских услуг.
- 9.4.5. обеспечить тайну страхования, не разглашать ставшие известными ему при исполнении профессиональных обязанностей сведения о болезнях, интимной и семейной жизни Клиента. Раскрытие этой информации допускается в исключительных случаях в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан;
- 9.4.6. выполнять иные действия, предусмотренные договором страхования, Правилами страхования и действующим законодательством Республики Казахстан.

**10. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
И ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ**

- 10.1. При возникновении заболевания Застрахованный обязан обратиться к семейному врачу из списка Страховщика в соответствующую поликлинику в установленные часы приема. В пределах административных границ города, при возникновении острого заболевания Застрахованный имеет право вызвать семейного врача на дом в выходные и рабочие дни или на рабочее место в рабочие дни недели. При возникновении экстренных показаний – по телефону связаться с диспетчером, который при необходимости вызовет бригаду скорой медицинской помощи (или бригаду интенсивной терапии). В случае необоснованного вызова (ложный вызов, отсутствие Застрахованного на месте вызова, вызов к незастрахованному лицу, вызов к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического токсикоманического опьянения), Страхователь/Застрахованный обязан возместить расходы, понесенные Страховщиком.
- 10.2. При обращении к врачам и/или в медицинские учреждения из списка Страховщика Застрахованный обязан предъявлять медицинскую пластиковую карточку и удостоверение личности, направление семейного врача. Передача медицинской пластиковой карточки третьим лицам не допускается. При обнаружении такого факта карточка изымается.
- 10.3. Семейный врач при необходимости направляет Застрахованного в медицинское учреждение из списка Страховщика на получение определенных медицинских услуг (прием узких специалистов, проведение лабораторно - инструментальных исследований, проведение лечебных мероприятий, стационарное лечение, получение медицинских

- препараторов и др.). Получение медицинских услуг или приобретение медицинских препаратов осуществляются только по направлению/рецепту семейного врача, исключая стоматологическую помощь.
- 10.4. Застрахованный извещает семейного врача о результатах посещения медицинских учреждений и предоставляет копии заключений, направлений, результатов исследований и иных документов, составленных при получении Застрахованным медицинских услуг. Получение медицинских услуг, назначенных узким специалистом (исследования, приобретение медицинских препаратов и т.п.), а также повторный прием узкого специалиста, осуществляется Страхователем/Застрахованным только после получения направления/рецепта семейного врача.
- 10.5. Обращение Застрахованного к врачам и/или в медицинские учреждения, не указанным в списке Страховщика, допускается только по направлению семейного врача при объективной невозможности получения Застрахованным медицинских услуг у врачей и/или в медицинских учреждениях из списка Страховщика (по состоянию здоровья, отсутствию необходимых специалистов, аппаратуры и т.п.). В таком случае Застрахованный самостоятельно оплачивает медицинские расходы, с последующим возмещением таких расходов в порядке предусмотренном п. 10.8. настоящих Правил.
- 10.6. Обращение Застрахованного к врачам и/или в медицинские учреждения без направления или согласования семейного врача/координатора не подлежат возмещению, а также Страховщик не несет ответственность за качество и объем полученных медицинских услуг в этих учреждениях, не покрывает расходы за последствия (осложнения) связанные с данным обращением/заболеванием
- 10.7. Медицинские организации и/или Врачи по своей деятельности несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
- 10.8. Для возмещения расходов, произведенных Застрахованным в соответствии с п.10.5 настоящих Правил, Застрахованный представляет Страховщику следующие документы:
- 1) заявление Застрахованного
 - 2) копия удостоверения личности
 - 3) при наличии депозитной карточки – номер карточки и банковские реквизиты Застрахованного для перечисления денег;
 - 4) направление семейного врача
 - 5) медицинское заключение
 - 6) выписку из медицинской карты стационарного/амбулаторного больного
 - 7) сигнальный лист службы скорой помощи, подтверждающие получение Застрахованным медицинских услуг
 - 8) объективную невозможность получения медицинских услуг у врачей и/или в медицинских учреждениях из списка Страховщика;
 - 9)оригиналы фискальных чеков и товарных чеков (счетов-фактур, квитанций об оплате) с указанием наименования каждого медицинского препарата, процедур, приемов врачей, их количества и стоимости не позднее 10 (десятого) числа, следующего за месяцем получения услуг.
- 10.9. В течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов Страховщик возмещает Выгодоприобретателю произведенные расходы безналичным платежом.
- 10.10. В случаях не представления Застрахованным документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, предусмотренных п. 10.8. Правил Страховщик обязан незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней после принятия последнего из документов, письменно уведомить их о недостающих документах;
- 10.11. В случае получения Застрахованным медицинских услуг и/или приобретения медицинских препаратов после прекращения действия страховой защиты в отношении, Застрахованного либо не предусмотренных Программой страхования, Страхователь обязан возместить Страховщику указанные расходы в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения требования об оплате.
- 10.12. Медицинские расходы, произведенные Страхователем/Застрахованным до/после истечения срока действия Договора Страховщиком не возмещаются.

- 10.13. Ответственность Сторон за ущерб, не урегулированный Договором, определяется в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 11.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в размере затрат на оказание медицинских услуг в пределах страховой суммы медицинскому учреждению либо Страхователю/Застрахованному, если расходы на медицинские услуги были оплачены им самостоятельно.
- 11.2. В случае если медицинские услуги были оплачены Страхователем/Застрахованным самостоятельно, то Страховщик обязан принять решение об осуществлении страховой выплаты и осуществить страховую выплату или принять решение об отказе в осуществлении страховой выплаты и направить Страхователю письменное мотивированное решение в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня предоставления Страхователем/Застрахованным всех необходимых документов Страховщику согласно п.10.8. настоящих Правил.
- 11.3. В случае если оказанная медицинская услуга выходит за рамки выбранной Застрахованным Программы страхования, то Страховщик освобождается от обязанности оплаты за оказанную медицинскую услугу.
- 11.4. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если Страхователь/Застрахованный:
- 1) при заключении договора страхования сообщил Страховщику заведомо недостоверные сведения о здоровье Застрахованного;
 - 2) не представил в установленный настоящими Правилами или договором страхования срок необходимые документы и сведения, указанные в п.10.8 Правил;
 - 3) передал свою идентификационную страховую карточку третьим лицам с целью получения ими медицинской услуги;
 - 4) если Застрахованный получил медицинские услуги по собственной инициативе в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования и Программой страхования;
 - 5) при страховании на условиях, предусматривающих госпитализацию и стационарное лечение Застрахованных, когда последними не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался, определенный лечащим врачом больничный режим. При этом решение об отказе принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения медицинского учреждения.
- 11.5. За несвоевременное осуществление страховой выплаты Страховщик выплачивает Страхователю неустойку в соответствии со ст.353 Гражданского кодекса Республики Казахстан.

12. ИЗМЕНЕНИЕ СПИСКА ЗАСТРАХОВАННЫХ

- 12.1. При изменении списка Застрахованных Страхователя-юридического лица, последний письменно уведомляет Страховщика о необходимости внесения изменений/дополнений в Список Застрахованных, но не позднее, чем за 45 (сорок пять) дней до окончания периода действия Договора.
- 12.2. Члены семьи Застрахованного работника могут быть включены в список Застрахованных только в течении 15 (пятнадцати) календарных дней после заключения Договора или даты включения Застрахованного.
- 12.3. Изменения и дополнения к Списку Застрахованных оформляются письменно путем подписания дополнительного соглашения о внесении изменений и дополнений в Список Застрахованных.
- 12.4. Действие страховой защиты в отношении уволенных/уволившихся работников Страхователя-юридического лица прекращается со дня официального уведомления последним Страховщика. При этом Страхователем-юридическим лицом соблюдается

- обязанность по своевременному изъятию и передаче Страховщику медицинской пластиковой карты.
- 12.5. Страхователь-юридическое лицо вправе осуществить замену Застрахованного работника в рамках определенной программы без уплаты дополнительной страховой премии при условии, что по ранее Застрахованному (по исключенному) работнику (далее - предшественнику) не было страховых случаев.
- 12.6. Замена одних членов семьи на других членов семьи Застрахованного работника не допускается.
- 12.7. Страховщик в отношении вновь принятого (включаемого/ исключаемого) Застрахованного лица направляет Страхователю соглашение о внесении изменений и дополнений в Список Застрахованных в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Заявления
- 12.8. В случае если замена Застрахованного не осуществляется, сумма возврата страховой премии по исключаемому Застрахованному рассчитывается по Табелю начислений, при условии, что Страховщик не осуществлял страховые выплаты по данному Застрахованному, если по Застрахованному были страховые выплаты, то возврат страховой премии не производится. При этом возврат премии уплаченной за прикрепление членов семьи Застрахованного работника не подлежит возврату.
- 12.9. В случае если в отношении лица, исключаемого из Списка Застрахованных Страховщик осуществлял страховые выплаты, замена Застрахованного не производится.
- 12.10. Действие страховой защиты в отношении вновь Застрахованных начинается со дня, указанного в дополнительном соглашении о внесении изменений и дополнений в Список Застрахованных, но не ранее дня, следующего за днем подписания дополнительного соглашения и оплаты дополнительной премии, если иное не предусмотрено дополнительным соглашением.
- 12.11. Страховщик выдает Страхователю либо Застрахованному медицинскую пластиковую карту, оформляемую на вновь принятого Застрахованного течение 7 (семи) рабочих дней со дня подписания Сторонами дополнительного соглашения о внесении изменений и дополнений в Список Застрахованных.
- 12.12. При наличии в Программе страхования дополнительного покрытия по страхованию медицинских расходов при выезде Застрахованного за рубеж, выдача ему индивидуального договора международного страхования (полиса) производится в течение 2 (двух) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного уведомления от Страхователя.

13. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 13.1. Договор страхования прекращается в случаях:
- 1) истечения срока его действия;
 - 2) ликвидации Страхователя или Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан;
 - 3) после осуществления Страховщиком страховой выплаты в полном объеме общей страховой суммы (в отношении Застрахованного - после осуществления страховой выплаты в полном объеме страховой суммы на данного Застрахованного);
 - 4) неуплаты страховой премии/очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку. При этом уплаченные страховые взносы не возвращаются;
 - 5) передачи Застрахованным другому лицу пластиковой карточки с целью получения последним медицинских услуг. В таком случае договор страхования расторгается в отношении данного Застрахованного. При этом уплаченная страховая премия не возвращается;
 - 6) в случае если Страхователь/Застрахованный сообщил ложные сведения или скрыл при заполнении Анкеты-заявления наличие имеющихся заболеваний. При этом уплаченная страховая премия не возвращается;
 - 7) в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан.

- 13.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по соглашению Сторон, а также по требованию Страхователя или Страховщика.
- 13.3. О намерении досрочного прекращения договора страхования Стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения действия договора страхования.
- 13.4. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя или Страховщика по условиям, предусмотренным п.1 ст.841 Гражданского кодекса Республики Казахстан, или по требованию Страховщика, если это не связано с обстоятельствами, указанными в п.1 ст. 841 Гражданского кодекса Республики Казахстан, Страховщик возвращает Страхователю уплаченные им страховые премии за неистекший период действия договора страхования, согласно Табелю начисления, за вычетом понесенных расходов на ведение дела в размере 25% от общей суммы страховой премии. При этом сумма страховой премии не возвращается по застрахованным, если в отношении них была осуществлена страховая выплата. Страховая премия уплаченная за прикрепление членов семьи Застрахованного работника возврату не подлежит.
- 13.5. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя, если это не связано с обстоятельствами, указанными в п.13.4. настоящих Правил, уплаченные Страховщику страховые премии возврату не подлежат.
- 13.6. При несвоевременной оплате Страхователем страховой премии или очередного страхового взноса в полном размере до указанного в Договоре страхования срока, действие страховой защиты по Договору страхования приостанавливается Страховщиком в одностороннем порядке со дня, следующего за днем просроченного срока оплаты страховой премии или страхового взноса. При этом Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим в период приостановления действия страховой защиты. В случае неоплаты Страхователем страховой премии или ее части в порядке и сроки, указанные в условиях договора страхования, Страховщик имеет право расторгнуть договор страхования в одностороннем порядке путем направления Страхователю письменного уведомления. При этом уплаченная страховая премия не возвращается.
- 13.7. Страхователь вправе возобновить действие страховой защиты в течение 30 (тридцати) дней со дня приостановления действия страховой защиты, на основании письменного заявления после уплаты страховой премии. При этом действие договора страхования не продлевается и уплаченная страховая премия за период приостановления действия страховой защиты не возвращается.
- 13.8. В случае если в течение 30 (тридцати) календарных дней оплата страховой премии не будет произведена, действие договора страхования прекращается Страховщиком в одностороннем порядке со дня, следующего за днем просроченного срока оплаты страховой премии либо очередного страхового взноса.
- 13.9. По согласованию Сторон договор страхования может быть пролонгирован на следующий срок при условии уведомления одной из Сторон об этом за 30 (тридцать) календарных дней до даты прекращения договора страхования и уплаты страховой премии.

14. ФОРС - МАЖОР

- 14.1. Форс мажор – чрезвычайные обстоятельства, при наступлении которых Страховщик освобождается от выполнения обязательств по договорам страхования, если это невыполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения договора страхования, в результате событий чрезвычайного характера, которые невозможно было ни предвидеть, ни преодолеть.
- 14.2. 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.
- 14.3. Сторона, которая испытывает действие форс-мажорных обстоятельств, обязана уведомить о наступлении таких обстоятельств, другую Сторону в течение 3 (трех) рабочих дней.
- 14.4. Действие форс-мажорных обстоятельств должно подтверждаться соответствующими документами компетентных органов.

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

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 15.1. Споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путем переговоров.
15.2. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.

16. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

- 16.1. Если Страховщиком заключены договоры о сотрудничестве с медицинскими учреждениями, предоставляющими одинаковые медицинские услуги, но на разном качественном уровне (используется высококачественная медицинская техника, новейшие медицинские технологии, врачи, имеющие более высокий уровень квалификации, который определяет стоимость лечения и предоставления иных медицинских услуг) в условия страхования могут быть включены варианты предоставления одинаковых медицинских услуг разными медицинскими учреждениями, дифференцированными по указанным выше признакам, на условиях уплаты Страхователем разных страховых премий (взносов).
16.2. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима абсолютной конфиденциальности, за исключением случаев, когда разглашение подобной информации требуется в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.
16.3. Конфиденциальной по настоящим Правилам признается информация о форме и содержании договоров, приложений, условий оплаты и тарифных ставок, а также информация об оказанных сотрудникам Страхователя медицинских услугах.