

Рег. № 58
от «28» 04 20 26 г.

УТВЕРЖДЕНЫ
Советом директоров
Акционерного Общества
«Страховая компания
«Alatau City Garant»
протокол № 28/04/26-01
от «28» апреля 2026 г.



ПРАВИЛА
добровольного страхования лиц, выезжающих за границу

Изменения и дополнения, внесенные решением Совета директоров (дата, номер):

	Внесены изменения, дополнения	Дата	№	Рег. №
1.		от «__» ____ 20__ г.	№ ____	Рег. № ____
2.		от «__» ____ 20__ г.	№ ____	Рег. № ____
3.		от «__» ____ 20__ г.	№ ____	Рег. № ____
4.		от «__» ____ 20__ г.	№ ____	Рег. № ____
5.		от «__» ____ 20__ г.	№ ____	Рег. № ____

Признаны утратившими силу решением Совета директоров, № ____ от «__» ____ 20__ г.

Алматы, 2026 год

ПРАВИЛА
добровольного страхования лиц, выезжающих за границу

1. Общие положения и понятия.
2. Объект страхования.
3. Медицинские показания.
4. Перечень страховых случаев.
5. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования.
6. Порядок заключения договора страхования.
7. Порядок определения страховой суммы.
8. Страховая премия. Франшиза.
9. Срок и место действия договора страхования.
10. Права и обязанности сторон.
11. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования.
12. Действия страхователя (застрахованного) при наступлении страхового случая.
13. Порядок и условия осуществления страховых выплат. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков.
14. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате.
15. Условия прекращения договора страхования.
16. Порядок разрешения споров. Прочие условия.

Глава 1. Общие положения и понятия

1. Настоящие Правила регламентируют условия, на которых АО «СК «Alatau City Garant» (далее по тексту – «Страховщик» и (или) «Общество») заключает договоры добровольного страхования лиц, выезжающих за границу с юридическими (независимо от форм собственности) и дееспособными физическими лицами (далее по тексту – «Страхователь»).

2. Настоящие Правила разработаны в рамках класса страхования на случай болезни.

3. В настоящих Правилах употребляются **следующие понятия:**

1) **Страхователь** – дееспособное физическое лицо, независимо от резиденства, или юридическое лицо, независимо от резиденства, заключившее со страховщиком договор страхования;

2) **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого страхователь заключает Договор страхования;

3) **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с договором страхования является получателем страховой выплаты;

4) **Страховая премия** – сумма денег, которую страхователь обязан уплатить страховщику за принятие последним обязательства произвести страховую выплату в соответствии с договором страхования (плата за страхование);

5) **Страховая сумма** – сумма денег, на которую застрахован объект страхования, и которая представляет собой предельный объем ответственности страховщика при наступлении страхового случая;

6) **Страховая выплата** – сумма денег, выплачиваемая страховщиком в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая для возмещения убытков, причиненных страховым случаем;

7) **Франшиза** – предусмотренное условиями страхования освобождение страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера. Франшиза бывает условная (не вычитаемая) и безусловная (вычитаемая). При условной франшизе страховщик освобождается от возмещения ущерба, не превышающего установленного размера франшизы, но должен возместить ущерб полностью, если его размер больше этой суммы.

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

Франшиза устанавливается либо в процентах к страховой сумме, либо в абсолютном размере.

8) **Страховой случай** – событие, обладающее признаками вероятности и случайности, с наступлением которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты;

9) **Сервисная компания/Ассистанс/Представитель страховщика** – юридическое лицо, которое на основании договора о сотрудничестве со страховщиком, осуществляет услуги по организации и оказанию медицинских и иных услуг, согласно программе страхования, выбранной страхователем в стране временного пребывания;

10) **Договор страхования/Страховой полис** (далее по тексту – «Договор страхования» и (или) «Полис») – договор добровольного страхования лиц, выезжающих за границу, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, осуществить страховую выплату в пределах страховой суммы указанной в Договоре страхования;

11) **Внезапное заболевание** – острое и неожиданное расстройство здоровья Застрахованного, характеризующееся возникновением различных форм нарушений

функций организма, возникшее в период действия страховой защиты, требующее срочного медицинского вмешательства с целью предотвращения дальнейшего вреда здоровью или угрозы жизни застрахованного;

12) Медицинское учреждение (Медицинская сеть) – юридическое лицо, с которым представитель страховщика заключил договоры на оказание услуг застрахованным. Список участников Медицинской сети указывается в договоре страхования и может подлежать изменению в течение срока действия договора страхования;

13) Заболевание – нарушение нормальной жизнедеятельности организма застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями.

14) Территория страхования – территория тех стран либо географические пределы, которые указаны в Договоре страхования;

15) Родственники – супруг (супруга), родители, дети, усыновители, усыновленные, полнородные и не полнородные братья и сестры, дедушка, бабушка, внуки;

16) Врач – медицинский работник, имеющий сертификат специалиста, а также лицензию на осуществление определенного рода медицинской деятельности;

17) Спорт – комплексы физических упражнений для развития и укрепления организма, соревнования по таким упражнениям и комплексам, а также система организации и проведения этих соревнований;

18) Медицинская репатриация – транспортировка застрахованного из-за границы (с территории страхования), предполагающая также расходы на сопровождающее лицо (если такое сопровождение предписано врачом) до контрольно-пропускного пункта ближайшего аэропорта Республики Казахстан в случаях, когда:

а) расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный договором страхования лимит, при условии отказа, застрахованного оплатить разницу между стоимостью предполагаемых медицинских расходов и суммой установленного договором страхования лимита,

б) нет возможности оказания застрахованному требуемой медицинской помощи в стране временного пребывания. Медицинская репатриация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением врача страховщика на основании документов местного лечащего врача и при отсутствии медицинских противопоказаний.

Расходы по медицинской репатриации покрываются в пределах оговоренной в договоре страхования страховой суммы;

19) медицинские расходы – неизбежные, необходимые затраты, возникающие за пределами страны постоянного проживания/гражданства застрахованного, возникшие в связи с диагностикой и терапевтическим или хирургическим лечением, оказанным или предписанным квалифицированным практикующим врачом, которое не может быть отложено до возвращения, застрахованного в страну его постоянного проживания/гражданства;

20) Правила добровольного страхования лиц, выезжающих за границу – Правила.

На основании настоящих Правил Общество вправе разрабатывать программы страхования с различным набором страховых рисков и иными условиями страхования, не противоречащими законодательству Республики Казахстан.

21) 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.

Адрес Интернет-ресурса Общества, используемого для заключения, урегулирования страховых случаев, расторжения и (или) досрочного прекращения договоров страхования в электронной форме, размещается на интернет-ресурсе организации по формированию и ведению базы данных.

Обмен электронными информационными ресурсами по добровольному страхованию в электронной форме осуществляется с использованием интернет-ресурса Общества и интернет-ресурса других **организаций, являющихся Партнерами Общества на основании соответствующего соглашения** (далее по тексту - «Интернет-ресурс Партнера»).

Допускается использование мобильных приложений, электронных терминалов, обеспечивающих ввод данных, необходимых для обмена электронными информационными ресурсами и заключения договоров страхования в электронной форме, и их направление на интернет-ресурс и (или) в информационную систему Общества.

22) посмертная репатриация – транспортировка останков застрахованного в случае его смерти из страны временного пребывания до контрольно-пропускного пункта ближайшего аэропорта Республики Казахстан.

Глава 2. Объект страхования

4. Объектом страхования по настоящим Правилам являются имущественные интересы застрахованного, обусловленные страховым риском и связанные с расходами застрахованного на получение услуг в соответствии с программой страхования, выбранной страхователем и указанной в договоре страхования, возникших вследствие болезни или иного расстройства здоровья в период его пребывания за границей на территории, указанной в договоре страхования.

Глава 3. Медицинские показания

5. Медицинские показания - объективные причины и условия для получения тех или иных медицинских услуг по диагностике и лечению заболевания, послужившего причиной обращения в Медицинскую сеть Представителя страховщика у конкретного застрахованного, в соответствии с правилами страхования, договором страхования и программой страхования.

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

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

8. Экстренные показания к стационарному лечению:

- 1) бессознательное состояние;
 - 2) наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние;
 - 3) кровотечения и кровоизлияния в органы;
 - 4) ожоги и обморожения;
 - 5) нарушения анатомической целостности организма;
 - 6) отравления;
 - 7) аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса);
 - 8) судороги;
 - 9) острые хирургические состояния;
 - 10) острая почечная недостаточность;
 - 11) острая печеночная недостаточность;
 - 12) острая церебральная недостаточность;
 - 13) острая дыхательная недостаточность;
 - 14) острая сердечно-сосудистая недостаточность;
 - 15) острый инфаркт миокарда;
 - 16) гипертонический криз;
 - 17) нестабильная стенокардия;
 - 18) шок любой этиологии.
9. При организации стационарного лечения по экстренным показаниям, выбор участника Медицинской сети и отделения осуществляется работником Сервисной компании или страховщика.
10. В ходе курса стационарного лечения по экстренным показаниям, страховщиком покрываются диагностика и лечение, связанное только с основным заболеванием и сопутствующими заболеваниями, находящиеся в причинно-следственной связи с основным заболеванием застрахованного.

Глава 4. Перечень страховых случаев

11. Страховым случаем является событие, связанное с обращением застрахованного в сервисную компанию/Ассистанс за услугами вследствие внезапного заболевания или иного расстройства здоровья в соответствии с программой страхования и связанное с этим возникновение расходов застрахованного в период действия договора страхования.
12. Программа страхования с описанием видов расходов разрабатывается и устанавливается страховщиком внутренними документами на основании настоящих Правил.

Выбор программы страхования осуществляет страхователь.

Глава 5. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования

13. Страховыми случаями, согласно настоящих Правил, не признаются расходы застрахованного, вследствие:

- 1) войны, вторжения, враждебных действий иностранного государства, военных или подобных им операций (независимо от того объявлена война или нет) или гражданской войны;
- 2) народных волнений всякого рода, массовых беспорядков или забастовок, мятежа, локаутов, гражданских беспорядков, приобретающих размеры или разрастающихся до народного восстания, бунта, гражданских волнений, военного

мятежа, революции, военного захвата или узурпации власти, конфискации, реквизиции или национализации имущества, террористических акций;

3) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
4) действий Застрахованного (Выгодоприобретателя), совершенных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или находящихся под воздействием лекарственных или психотропных средств;

5) природных катаклизмов: землетрясений, наводнений, селей, ураганов;

6) техногенных катастроф: взрывов и утечки токсичных веществ на заводах, прорывов на трубопроводах или аварий, авиакатастроф, крушений поездов, кораблекрушений и пр.;

7) умышленных действий страхователя, застрахованного и (или) выгодоприобретателя, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;

8) действий страхователя, застрахованного и (или) выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

14. Основанием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть также следующее:

1) сообщение страхователем страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

2) умышленное непринятие страхователем мер по уменьшению убытков от страхового события;

3) получение страхователем соответствующего возмещения убытка по имущественному страхованию от лица, виновного в причинении убытка;

4) воспрепятствование страхователем страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;

5) не уведомление страховщика о наступлении страхового случая;

6) отказ страхователя от своего права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая, а также отказ передать страховщику документы, необходимые для перехода к страховщику права требования. Если страховое возмещение уже было выплачено, страховщик вправе требовать его возврата полностью или частично;

7) другие случаи, предусмотренные законодательными актами, настоящими правилами и договором страхования.

15. Страховщик не производит страховую выплату за:

1) косвенные коммерческие потери страхователя (застрахованного), потери (штрафы, неустойка, пеня), убытки в виде упущенной выгоды;

2) моральный вред;

3) предоставлением Застрахованному в Клинике условий повышенной комфортности – отдельной палаты и палаты-люкс, телефона, телевизора, кондиционера, услуг парикмахера, массажиста, косметолога, услугами переводчика, обслуживанием в палате, пребыванием сопровождающего лица (кроме случаев пребывания в палате с ребенком до 3 лет);

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

5) судебные издержки.

16. Страховщик не осуществляет страховую выплату в следующих случаях:

1) предоставления медицинских услуг, не являющихся экстренной медицинской помощью и не назначенных лечащим врачом при экстренном обращении;

2) хронических заболеваний и их последствий, и осложнений, а также обострений, за исключением состояний, прямо угрожающих жизни Застрахованного, кроме случаев, когда обострение/осложнение хронических заболеваний явилось следствием травмы либо иного события, признанного страховым случаем. Хроническое заболевание/степень хронического заболевания у больного определяется физическим состоянием, историей болезни (давностью возникновения жалоб, динамикой развития болезни), а также объективными результатами лабораторно-инструментальных исследований. Хроническое заболевание (его степень) определяется врачом, оказавшим медицинскую помощь в стране временного пребывания, а также врачом экспертом/комиссией при проведении медицинского освидетельствования на территории Республики Казахстан. Если застрахованный оспаривает диагноз, установленный врачом, оказавшим медицинскую помощь в стране временного пребывания, то он обязан пройти медицинское освидетельствование на территории Республики Казахстан по направлению страховщика;

3) онкологических заболеваний (доброкачественных и злокачественных), их осложнений и обострений, а также их диагностики, независимо от сроков выявления;

4) заболеваний, требовавших лечения в течение последних 6-ти месяцев до начала действия договора страхования, а также заболеваний, имевшихся у застрахованного в день начала поездки, последствий (осложнений), возникших в период после оперативного или терапевтического лечения данного заболевания;

5) состоянием неполного выздоровления, застрахованного или нахождением его в процессе лечения до отбытия за границу;

6) проведения профилактических вакцинаций и медицинских осмотров;

7) психических заболеваний, депрессии, услуг психолога;

8) приобретения очков, контактных линз, слуховых аппаратов, сопутствующих медицинских товаров: инвалидные коляски, бандажи и костыли и так далее;

9) косметической, пластической и реконструктивно-восстановительной хирургии любого вида, за исключением события, приведшего к нарушению анатомической целостности организма в результате события, признанного страховым случаем, когда необходима пересадка кожи или восстановление функций сосудов (ожоги);

10) последствий солнечного излучения, лечение солнечных ожогов, кожных проявлений аллергических реакций;

11) венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции, СПИДа, ЗППП – заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, урогенитальных инфекций, включая их диагностику и обследование;

- 12) лечение в санаториях, лечебницах, домах отдыха и других организациях медицинского или санаторно-курортного типа, попечительский уход;
- 13) состояние беременности, родов, любых осложнений беременности, а также аборт, в том числе самопроизвольных;
- 14) всякого рода протезирования, имплантация, в том числе глазного и стоматологического;
- 15) инфекционных заболеваний, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией и (или) являющихся следствием нарушения Страхователем (Застрахованным) профилактических карантинных мероприятий после контакта с носителем;
- 16) обследования, анализов, приема медицинских препаратов, выходящих за пределы необходимости и достаточности, по мнению врачей сервисной компании (представителя страховщика); расходы, связанные с предоставлением услуг, не являющихся жизненно необходимыми с медицинской точки зрения;
- 17) стоматологической помощи, за исключением экстренной помощи при острой зубной боли;
- 18) ухудшение состояния здоровья вследствие приема средств, вызывающих алкогольное опьянение, когда уровень содержания алкоголя в крови составляет 1 мг на 100 граммов веса крови (1 промилле) и более, наркотического опьянения или приема средств, как растительного происхождения, так и средств, разработанных путем химического синтеза, вызывающих алкогольное, наркотическое либо токсическое опьянение;
- 19) самоубийства или попытки самоубийства, любого причинения вреда собственному здоровью самим застрахованным;
- 20) преднамеренное причинение вреда своему здоровью застрахованным с целью получения страховой выплаты за полученные медицинские услуги на территории страхования;
- 21) искусственного осеменения, лечения бесплодия или по предупреждению зачатия;
- 22) управления транспортным средством лицом, не имеющим на то прав, или лицом, находящимся в состоянии опьянения или под воздействием наркотиков, психотропных веществ и десенсибилизирующих (седативных) веществ, вызывающих сонливость, нарушение ориентации, нарушение концентрации внимания;
- 23) самолечения, назначения и проведения лечения родственником страхователя (застрахованного);
- 24) заболеваний, если они вызваны действиями врача, не уполномоченного страховщиком;
- 25) вне территории страхования;
- 26) службы или прохождения соответствующего обучения в военных и правоохранительных органах;
- 27) добровольного отказа страхователя (застрахованного) от эвакуации в страну постоянного жительства в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям. Не оплачиваются расходы по услугам, предоставленным застрахованному с момента получения Страховщиком письменного отказа;
- 28) добровольного отказа страхователя (застрахованного) от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая, и всех последствий такого отказа;

29) лечения и диагностики следующими методами: иридодиагностика, аурикулодиагностика, светодиагностика, сухая и подводная вытяжки, флотинг - ванны, УФО крови, аутогемотерапия, вакуумная терапия, мануальная терапия, траволечение, лечение в барокамере, трудотерапия, исследование по Фоллю, ИФС, биорезонансная терапия, иглорефлексотерапия, водные процедуры; бальнеология: грязелечение и т.д.;

17. Не являются страховым случаем и не подлежат возмещению расходы застрахованного вследствие занятия опасными видами активного отдыха, любительским или профессиональным спортом. Данное исключение не распространяется на программу, покрывающую спортивные риски.

18. Не признаются страховыми случаями, согласно условиям настоящих Правил, события, связанные с обращением застрахованного в сервисную компанию/ Ассистанс за услугами вследствие:

- 1) заболевания и их последствия, возникшие до начала периода страхования;
- 2) хронические заболевания и их последствия и осложнения, за исключением внезапных обострений, прямо угрожающих жизни застрахованного;
- 3) алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- 4) паразитарные и инфекционные заболевания (гельминтозы): аскаридоз, лямблиоз, анкилостомидоз, описторхоз, цестодозы;
- 5) доброкачественные новообразования (аденома, миома, мастопатия и т.д.) и гиперпластические процессы (эрозия шейки матки, эндометриоз и т.д.);
- 6) врожденные заболевания (в том числе пороки и аномалии развития);
- 7) кожные заболевания (псориаз, экзема, все виды лишая, микозы, алопеции, витилиго, чесотка и т.д.);
- 8) цитомегаловирусная и герпетическая инфекция, грибковые заболевания;
- 9) болезнь Крона, циррозы печени, неспецифический язвенный колит, дисбактериозы, целиакия;
- 10) диагностика и лечение нарушения осанки: сколиозы, кифозы лордозы, плоскостопие;
- 11) заболевания сосудов (облитерирующий эндартериит, атеросклероз, аневризма, варикозное расширение вен, тромбозы, тромбозы, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), варикоцеле, варикозное расширение прямой кишки - геморрой);
- 12) глазные болезни: миопия, астигматизм, катаракта, глаукома, ретинопатии, спазм аккомодации, отдаленные последствия травмы глаза в виде отслойки сетчатки, услуги по массажу век и биостимуляции глазного яблока. Расходы, связанные с хирургической коррекцией зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции, связанные с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
- 13) пластические операции, косметологическое лечение и другие виды лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, хирургическое изменение пола, коррекция веса и т.д. Исключение составляет пластика кожи, проводимая при лечении ожогов вследствие события, произошедшего в период действия Договора страхования;
- 14) диагностика и лечение расстройства питания и нарушения обмена веществ: ожирение, мочекаменный диатез, подагра, дистрофия и т.д.;
- 15) диагностика и лечение эндокринных заболеваний: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и их последствия;
- 16) системные заболевания (СКВ, узелковый периартериит, системная склеродермия, болезнь Бехтерева, болезнь Шегрена, болезнь Рейтера, ДОА,

дерматомиозит, системные васкулиты, ревматизм и т.д.), заболевания костной системы (остеопороз, пяточная шпора, дисплазии и т.д.), аутоиммунные заболевания (АИТ (зоб), АИГ (гепатит), АИ заболевания крови и т.д.);

17) диагностика и лечение простатитов;

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

19) подбор, приобретение и ремонт корректирующей техники (очки, линзы, костыли, слуховые аппараты и др.) Заболевания органов и тканей, требующих их трансплантации или протезирования, в том числе эндопротезирование, реконструктивные операции, операции по пересадке органов и тканей, а также последствия таких операций;

20) медицинские расходы, связанные с проведением коронароангиографии; а также хирургическими вмешательствами на сердце (аортокоронарное шунтирование, стентирование, установка ИВР и т.д.);

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

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

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

24) лечение гемодиализом, проведение плазмофореза и гемосорбции, УФО крови, барокамера, кишечное орошение;

25) лечение заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, требующих хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма;

26) гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), болезнь Альцгеймера, синдром Паркинсона, эпилепсия, детский церебральный паралич, посттравматическая энцефалопатия;

27) нетрадиционные методы диагностики и лечения: гомеопатия, гирудотерапия, мануальная терапия, рефлексотерапия, фитотерапия и лечение средствами природного происхождения.

28) профессиональные заболевания - заболевания, возникшие в результате воздействия на организм неблагоприятных факторов производственной среды;

29) острая и хроническая лучевая болезнь;

30) хронические гепатиты любой этиологии и степени активности;

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

32) компьютерная томография, Магнитно-Резонансная томография, другие дорогостоящие сложные методы диагностики, не согласованные с сервисным центром;

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

34) лечение атипичной пневмонии, птичьего гриппа, а также коронавирусной инфекции, если иное не предусмотрено договором. В случае возникновения острого заболевания, вызванного коронавирусной инфекцией, подтвержденного

положительным результатом ПЦР- исследования у застрахованного в стране временного пребывания, Страховщик покроет расходы только по стационарному лечению по экстренным показаниям.

В случае первичного выявления заболеваний (состояний), являющихся **согласно пункту 18 настоящих Правил** исключением из страховых случаев, оплачивается страховщиком первичный осмотр, оказанный Застрахованному до момента постановки диагноза.

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

- 1) контрацептивные препараты;
- 2) поливитамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения);
- 3) противотуберкулезные препараты при лечении туберкулеза;
- 4) биологические активные добавки;
- 5) гомеопатические препараты;
- 6) анорексантные средства;
- 7) косметические средства;
- 8) биологические стимуляторы (например, настойка женьшеня и др.);
- 9) энзимы (кроме пищеварительных ферментов);
- 10) антидепрессанты, ноотропы.

20. На страхование не принимаются:

- 1) ВИЧ-инфицированные;
- 2) лица, имеющие злокачественные, в том числе онкогематологические новообразования;
- 3) лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных и кожно-венерологических диспансерах;
- 4) лица, являющиеся инвалидами 1 и 2 групп;
- 5) лица старше 80 лет, если иное не оговорено условиями договора страхования;
- 6) лица с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем (бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, приобретенные и врожденные пороки сердца, сердечная недостаточность IIБ-III степени, тяжелые формы аритмии, постинфарктный кардиосклероз и кардиомиопатия);
- 7) лица с циррозом печени и с заболеваниями хроническим вирусным гепатитом с высокой степенью активности;
- 8) лица, больные сахарным диабетом;
- 9) лица с социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых утвержден приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 (а в случае прекращения его действия, в ином акте, заменившем его).

21. Если в течение срока действия договора страхования выяснится, что договор страхования заключен в отношении одного из **указанных в пункте 20 настоящих Правил** лиц, то в отношении такого застрахованного действие страховой защиты не распространяется с момента заключения договора страхования.

Глава 6. Порядок заключения договора страхования

22. Договор страхования заключается в письменной форме путем:

- 1) составления сторонами договора страхования;

2) присоединения страхователя к типовым условиям (правилам страхования), разработанным Страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и выдачи/оформления Страховщиком Страхователю Полиса.

Договор страхования в электронной форме заключается путем обмена электронными информационными ресурсами между Страхователем и Страховщиком.

Договоры страхования также могут заключаться в электронной форме с использованием Интернет-ресурса Партнера.

23. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным заявлением или заполняет на Интернет-ресурсе Общества или Интернет-ресурсе Партнера соответствующую форму, и сообщает (заполняет) данные, необходимые для заключения Договора страхования и оценки страхового риска (обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска)).

24. По Договорам страхования, заключенным в бумажной форме, подписанное Страхователем Заявление является неотъемлемой частью экземпляра Договора страхования Страховщика.

По Договорам страхования, заключенным в электронной форме, Заявление представляет собой перечень информации, предоставленной Страхователем при заключении Договора страхования, при этом подписание Заявления осуществляется способом, определенным Обществом.

25. Договор страхования заключается после достижения между сторонами соглашения по всем его существенным условиям, в бумажной или в электронной форме путем составления Договора страхования или присоединения Страхователя к Правилам и выдачи/оформления ему Полиса.

26. Порядок заключения (порядок обмена электронными информационными ресурсами между страхователем (застрахованным, выгодоприобретателем) и страховщиком)) Договора страхования на Интернет-ресурсе Общества или на Интернет-ресурсе Партнера регламентируется внутренними нормативными документами Общества.

27. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для сторон с момента уплаты Страхователем страховой премии, а при уплате ее в рассрочку - первого страхового взноса и считается заключенным, на предложенных Обществом условиях.

28. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, Общество вправе потребовать признания Договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан, а также, в случае наступлении страхового случая, отказать в страховой выплате. Общество не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал страхователь, уже отпали.

29. Подписанием Договора страхования Страхователь дает свое согласие на обработку, использование и хранение персональных данных, представленных до и в момент заключения Договора страхования, с соблюдением норм действующего законодательства Республики Казахстан.

В том числе, дает свое согласие на передачу сведений о Застрахованном, Выгодоприобретателе, относящиеся к страховой тайне согласно статье 830 Гражданского Кодекса Республики Казахстан, для выполнения Обществом своих обязательств по Договору страхования.

30. По соглашению между Страхователем и Обществом на основании Правил могут быть заключены договоры страхования, предусматривающие изменение, исключение отдельных положений правил, а также дополнительные условия, определяемые при заключении договора страхования. Условия, содержащиеся в правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для сторон, если в договоре страхования прямо указывается на применение таких правил и сами правила изложены в договоре страхования либо приложены к нему. В последнем случае предоставление страхователю правил при заключении договора страхования должно быть удостоверено сторонами в договоре страхования.

31. Внесение изменений и дополнений в Договор страхования осуществляется на основании соответствующего форме заключения Договора страхования заявления Страхователя, путем оформления Обществом дополнительного соглашения к Договору страхования. Если страхование оформлено путем выдачи/оформления Полиса, то при внесении изменений и дополнений, Полис подлежит досрочному прекращению и оформлению нового.

32. Договором страхования могут быть предусмотрены иные условия, не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

33. В случае несоответствия содержания Договора страхования настоящим Правилам применяются условия Договора страхования, если это прямо оговорено в Договоре страхования.

34. Договор страхования должен содержать:

- 1) наименование, место нахождения и банковские реквизиты Страховщика;
- 2) фамилию, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность), и местожительства Страхователя (если им является физическое лицо) или его наименование, место нахождения и банковские реквизиты (если им является юридическое лицо);
- 3) фамилию, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность), контактный номер телефона и индивидуальный идентификационный номер страхового агента (если им является физическое лицо-резидент Республики Казахстан) или наименование, место нахождения, контактный номер телефона и бизнесидентификационный номер страхового агента (если им является юридическое лицо - резидент Республики Казахстан);
- 4) указание о наличии или отсутствии комиссионного вознаграждения, причитающегося страховому агенту;
- 5) указание объекта страхования;
- 6) указание страхового случая и условий его наступления;
- 7) размеры страховой суммы, порядок и сроки осуществления страховой выплаты;
- 8) размеры страховой премии, порядок и сроки оплаты страховой премии;
- 9) дату заключения и срок действия Договора страхования;
- 10) указания о застрахованном и выгодоприобретателе;
- 11) номер, серию Договора страхования;
- 12) случаи и порядок внесения изменений в условия Договора страхования;
- 13) обязанность страхователя 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 в период действия Договора страхования;

- 14) сроки уведомления Страхователя или Застрахованного о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты;
- 15) вид валюты страховой суммы, страховой выплаты и страховой премии;
- 16) указание идентификационного номера, признака резидентства и сектора экономики Страхователя;
- 17) указание идентификационного номера, признака резидентства и сектора экономики Застрахованного (Выгодоприобретателя), если он не является Страхователем по Договору страхования, в случае указания Застрахованного (Выгодоприобретателя) в Договоре страхования;
- 18) указание территории действия Договора страхования;
- 19) права, обязанности и ответственность сторон;
- 20) подписи сторон.

По соглашению сторон в Договор страхования могут быть включены иные условия.

35. Застрахованному запрещается передавать Полис другим лицам с целью получения ими услуг по договору страхования.

Если будет установлено, что застрахованный передал другому лицу страховой полис с такой целью, страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении этого застрахованного. При этом уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

При утрате Полиса застрахованный должен незамедлительно письменно известить об этом страховщика. Утерянные документы признаются недействительными со дня получения страховщиком письменного уведомления от застрахованного и не могут являться основанием для обращения в Сервисную компанию. Страховщик на основании письменного заявления страхователя выдает дубликат договора страхования или повторно отправляет электронный Договор страхования на адрес электронной почты Страхователя, указанный им при заключении Договора страхования.

36. Страховщик освобождается от ответственности за осуществление страховой выплаты иному лицу по утерянному Полису, в случае не уведомления либо несвоевременного уведомления застрахованным страховщика об утере Полиса.

37. При заключении Договора страхования за пределами Республики Казахстан, на территории страны временного пребывания, такой Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для сторон по истечении 5 (пяти) дней с момента его заключения.

Глава 7. Порядок определения страховой суммы

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

39. Страховая сумма устанавливается исходя из выбранной программы страхования, страны временного пребывания (территории страхования) и стоимости расходов и услуг, покрываемых страхованием и оговоренных в договоре страхования, в соответствии с внутренними документами Страховщика.

Глава 8. Страховая премия. Франшиза

40. Страховая премия устанавливается договором страхования и означает сумму денег, которую страхователь обязан уплатить страховщику за принятие последним обязательства произвести страховую выплату, определенную договором страхования.

41. Размер страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, рассчитывается согласно тарифам, установленными внутренними документами страховщика.

42. Страховая премия подлежит оплате в наличной или безналичной форме:

- 1) для физических лиц – единовременным платежом,
- 2) для юридических лиц – единовременным платежом, если период страховой защиты до 6 (шести) месяцев, если договором страхования не установлено иное.

43. В случае неуплаты страховой премии (очередного страхового взноса) в полном размере до указанного в договоре страхования срока, страховщик вправе:

1) в одностороннем порядке прекратить действие страховой защиты по договору страхования со дня, следующего за днем просроченного срока оплаты очередного страхового взноса. При этом страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедший до даты неуплаты страховой премии (очередного страхового взноса);

2) при наступлении страхового случая:

а) осуществить страховую выплату Сервисной компании в полном объеме (при этом, страховщик имеет право требовать со страхователя возврата суммы выплаты);

б) если страхователь произвел расходы по страховому случаю сам, то страховщик осуществляет страховую выплату в порядке, предусмотренном договором страхования, за минусом суммы просроченной страховой премии (страхового взноса).

44. Страховщик вправе требовать уплаты неустойки за несвоевременное исполнение денежных обязательств страхователем в соответствии со статьей 353 Гражданского Кодекса Республики Казахстан.

45. Договор страхования может быть заключен с безусловной или условной франшизой, которая определяется внутренними документами Страховщика.

Глава 9. Срок и место действия договора страхования

46. Договор страхования заключается на одну конкретную поездку (путешествие, поход, экскурсию, командировку, обучение и др.) страхователя (застрахованного) в страну временного пребывания на период ее продолжительности, за исключением многократности поездок страхователя (застрахованного) в течение определенного периода.

47. Если договор страхования предусматривает многократные (два и более раза в период срока действия договора страхования) поездки застрахованного за границу, то он заключается на определенный период (не более одного календарного года) и страховая защита действует в течение срока фактического пребывания застрахованного на территории страхования. Фактическое количество дней, в течение которых действует договор страхования, указывается в договоре страхования.

48. Действие страховой защиты начинается с момента пересечения застрахованным границы государства, указанного в договоре страхования (въезд на территорию страхования, подтверждается отметкой пограничных служб в паспорте), но не ранее начала периода страхования, указанного в договоре страхования, и не позднее дня, следующего за днем пересечения застрахованным границы и прекращается:

- 1) в момент пересечения застрахованным границы страны временного пребывания (выезд за пределы территории страхования);
- 2) в 24.00 часов дня, указанного в страховом полисе как последний день действия страховой защиты, независимо от места пребывания застрахованного.

49. В соответствии с настоящими Правилами действие договора страхования распространяется исключительно на территорию, указанную в договоре страхования (страховом полисе). При этом во всех случаях из территории страхования исключаются территории Республики Казахстан, страна постоянного проживания Застрахованного и страна, гражданином которой является Застрахованный.

Глава 10. Права и обязанности сторон

50. Страхователь имеет право:

- 1) требовать от страховщика информацию о его платежеспособности и финансовой устойчивости;
- 2) получить дубликат договора страхования в случае его утери или повторно получить электронный Договор страхования на адрес электронной почты, указанный им при заключении Договора страхования;
- 3) требовать предоставления застрахованному услуг согласно выбранной программы страхования. В случае непредставления таких услуг застрахованный должен немедленно поставить об этом в известность страховщика;
- 4) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, установленном настоящими Правилами;
- 5) получить страховую выплату при наступлении страхового случая, если он является выгодоприобретателем по договору страхования.

51. Страхователь обязан:

- 1) при заключении договора страхования сообщить страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия страховщиком решения о заключении договора страхования;
- 2) уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;
- 3) уведомить страховщика о наступлении страхового случая; предоставлять страховщику всю имеющуюся у него информацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;
- 4) при любом страховом событии, последствием которого может быть наступление страхового случая, незамедлительно, но не позднее 24 часов с момента его наступления, связаться с Сервисной компанией либо страховщиком и получить информацию о дальнейших действиях **в соответствии с главой 12 настоящих Правил**;
- 5) соблюдать требования настоящих правил, условий договора страхования, предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 6) довести до сведения застрахованных условия страхования;
- 7) обеспечить в случае требования страховщика обследование застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья;
- 8) принять меры к уменьшению убытков от страхового случая;
- 9) обеспечить переход к страховщику права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
- 10) информировать страховщика о состоянии страхового риска.

52. Страховщик имеет право:

- 1) проверять предоставленную страхователем (застрахованным) информацию и документы, а также выполнение страхователем (застрахованным) требований и условий договора страхования;
- 2) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, в том числе направлять запросы в компетентные органы;
- 3) требовать от страхователя или застрахованного информацию, необходимую для установления факта страхового случая, обстоятельств его возникновения;
- 4) отказать в страховой выплате в случае умышленных действий страхователя (застрахованного), повлекших наступление страхового случая, а также в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения страхователем (застрахованным) условий договора страхования, либо непризнания события страховым случаем, а также в других случаях, предусмотренных настоящими правилами и/или договором страхования, письменно уведомив об этом страхователя (застрахованного/выгодоприобретателя) в установленный настоящими правилами срок;
- 5) произвести обследование застрахованного для оценки фактического состояния его здоровья.

53. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить страхователя (застрахованного) с настоящими Правилами, одним из следующих способов:
 - а) путем предоставления копии правил на бумажном носителе либо направления электронной (сканированной) копии правил на электронный адрес, указанный Страхователем,
 - б) или ссылки на публикации правил страхования на Интернет - ресурсе Общества или Интернет-ресурсе Партнера.
- 2) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные в договоре страхования;
- 3) возместить страхователю (застрахованному) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
- 4) обеспечить тайну страхования;
- 5) контролировать объем, сроки и количество предоставляемых услуг в соответствии с условиями договора страхования.
- 6) при оформлении Полиса через Интернет –ресурс Общества или Интернет - ресурс Партнера разместить для ознакомления настоящие Правила на данных ресурсах.

54. Перечень прав и обязанностей сторон настоящего раздела не является исчерпывающим, отдельные обязанности сторон предусмотрены другими разделами настоящих правил, а также договором страхования.

Глава 11. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования

55. В период действия договора страхования страхователь (застрахованный) обязан незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней письменно сообщить страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

56. Значительными во всяком случае признаются следующие изменения:

- 1) изменение территории страхования;
 - 2) изменение целей поездки.
57. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.
58. Если страхователь или застрахованный возражает против изменения условий договора страхования и/или доплаты страховой премии, страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
59. При невыполнении страхователем или застрахованным предусмотренной в **пункте 55 настоящих Правил** обязанности страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования.
60. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

Глава 12. Действия страхователя (застрахованного) при наступлении страхового случая

61. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на страхователе, застрахованном, выгодоприобретателе.
62. При наступлении любого события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая, то есть до обращения за медицинской или иной услугой, указанной в договоре страхования, застрахованный либо иное заинтересованное лицо, **обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов** с момента его наступления, связаться с Сервисной компанией по телефонам, указанным в договоре страхования и сообщить:
- 1) фамилию, имя, номер и срок действия страхового полиса;
 - 2) местонахождение застрахованного, контактные телефоны;
 - 3) коротко описать, что произошло, и какие услуги ему требуются.
63. После получения указаний от Сервисной компании, застрахованный должен действовать в строгом соответствии с полученными указаниями.
64. При наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования, Сервисная компания от имени страховщика обеспечивает оказание застрахованному услуг в объеме выбранной категории и в пределах страховой суммы, установленной договором страхования.
65. В экстренном случае, если срочный звонок не был произведен до обращения за медицинскими услугами и застрахованному уже оказывается медицинская помощь, застрахованный (его представитель) обязан:
- 1) немедленно, как только физическое состояние позволит, сообщить в Сервисную компанию:
 - a) наименование, адрес и телефон больницы, в которую направлен застрахованный, имя, адрес и телефон лечащего врача,
 - b) адрес постоянного места жительства и гражданство застрахованного,
 - c) номер договора страхования (страхового полиса);
 - 2) предоставить по требованию страховщика и /или сервисной компании документацию о лечении, связанном со страховым случаем, а также возможность ознакомиться с медицинской документацией через освобождение лечащего врача от обязанности соблюдения врачебной тайны.

66. Своевременное обращение в Сервисную компанию и согласование расходов Застрахованного, связанных с услугами, покрываемыми в соответствии с Договором страхования, является обязательным условием осуществления страховой выплаты, за исключением случаев, **оговоренных в пунктах 67 и 68 настоящих Правил.**

В исключительных случаях, ввиду чрезвычайности ситуации либо ввиду отсутствия представительства Сервисной компанией в стране пребывания, либо в иных случаях, когда Страхователь (Застрахованный) не может связаться с Сервисной компанией, он имеет право обратиться к любому врачу любого ближайшего к месту события медицинского учреждения и самостоятельно оплатить расходы за оказанную ему медицинскую помощь. При этом в течение 5 (пять) календарных дней с момента возвращения Страхователя (Застрахованного) в страну постоянного места жительства, Страхователь (Застрахованный) обязан уведомить Страховщика о наступлении страхового случая и предоставить документы, **указанные в Главе 13 настоящих Правил.** Не уведомление или несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая не является основанием для отказа в осуществлении страховой выплаты, если оно обусловлено причинами, не зависящими от воли Страхователя или отнесенными Договором страхования к уважительным, и представлены соответствующие документы, подтверждающие данный факт.

68. Для получения страховой выплаты наследники либо лица, понесшие затраты на оказание медицинских услуг (репатриации в случае смерти Застрахованного) в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента возвращения Застрахованного (репатриации тела Застрахованного) в страну постоянного места жительства/ гражданства должны предоставить Страховщику письменное заявление о страховой выплате с приложением соответствующих документов.

Глава 13. Порядок и условия осуществления страховых выплат. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков

69. Страховая выплата осуществляется страховщиком при наступлении страхового случая:

- 1) Сервисной компании, в случае обращения Застрахованного в Ассистанс;
- 2) Страхователю (Застрахованному)/ лицам, понесшим затраты на оказание медицинских услуг в, том числе затраты по репатриации, в случаях, **предусмотренных пунктом 67 настоящих Правил.**

Осуществление страховой выплаты производится в тенге. Осуществление страховой выплаты в иностранной валюте осуществляется на условиях и в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан о валютном регулировании.

70. Расходы по услугам, полученным Застрахованным через Сервисную компанию на территории страхования, оплачиваются Страховщиком непосредственно Сервисной компании на основании счетов, выставленных ему Сервисной компанией.

71. Сумма страховой выплаты, за последствия одного или нескольких страховых случаев, произошедших во время пребывания Застрахованного за границей в период действия договора страхования, не может превышать предельного объема ответственности (страховой суммы), устанавливаемого для каждого страхового случая в соответствии с настоящими правилами и страховым полисом.

72. Размер страховой выплаты определяется на основе оригиналов квитанций и счетов, при этом, если по условиям настоящих правил, страховая выплата подлежит уплате Страхователю (Застрахованному)/ лицам, понесшим затраты на оказание медицинских услуг в, том числе затраты по репатриации, ее размер определяется в тенге по

официальному курсу иностранных валют Национального Банка Республики Казахстан на день подачи заявления о страховом случае.

73. В случаях, когда Страхователь (Застрахованный)/ лица понесшие затраты на оказание медицинских услуг в, том числе затраты по репатриации, в случаях, предусмотренных **пунктом 67 настоящих Правил** оплатили услуги самостоятельно, Страховщик возмещает им эти расходы, на основании письменного заявления и предоставления документов, указанных в **пункте 74 настоящих правил**.

74. К заявлению о страховой выплате страхователь (застрахованный) должен приложить следующие документы:

1) оригинал страхового полиса (дубликат) исключая случаи, когда, договор страхования был заключен в электронной форме;

2) подлинники медицинских документов с переводом их на государственный или русский языки с нотариальным заверением, содержащие сведения о диагнозе, состоянии здоровья застрахованного в момент обращения за медицинской помощью, о проведенных манипуляциях и лечении, или медицинский документ о заболевании или ином расстройстве здоровья;

3) подлинники рецептов, счетов, квитанций на оплату медицинских услуг и услуг согласно выбранной страхователем программы страхования;

4) **документы, подтверждающие факт и причины наступления страхового случая:**

а) при дорожно-транспортных происшествиях – копии/ оригиналы актов дорожной полиции/ милиции;

б) при причинении вреда третьими лицами – постановление о привлечении в качестве потерпевшего;

с) при пожаре – акт о пожаре.

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

6) документы, удостоверяющие личность застрахованного/выгодоприобретателя и право на получение страховой выплаты;

7) оригиналы или копии авиа и ж/д билетов, а также билетов на водную либо автомобильную перевозку;

8) **в случае смерти застрахованного, страхователь/ выгодоприобретатель обязан предоставить дополнительно:**

а) копии документов, предусмотренных нормативными правовыми актами, содержащих данные о причине смерти застрахованного (заключение судебно-медицинской экспертизы, справку о смерти с указанием причины);

б) оригинал или копию свидетельства о смерти;

с) результаты патологоанатомического исследования в случае, если страховщик их затребует;

д) документы, подтверждающие репатриацию тела застрахованного: акт перевозки тела - груз 200, квитанции, чеки, подтверждающие затраты по бальзамированию тела, доставке тела, стоимости гроба, услуги похоронной компании, консультационные услуги.

9) в случаях возвращения несовершеннолетних детей в страну постоянного места жительства и/или приезда родственников застрахованного в больницу страны его временного пребывания – оригиналы или копии авиа и ж/д, билетов, а также билетов на водную либо автомобильную перевозку;

10) в случаях поломки, аварии либо кражи личного транспортного средства страхователя (застрахованного) – счета, квитанции по оплате транспортировки транспортного средства, оригиналы или копии авиа и ж/д, билетов, а также билетов на водную либо автомобильную перевозку (при страховании расходов в отношении транспортных средств);

11) счета, квитанции по оплате оказанных застрахованному юридической помощи, в случаях ее предоставления, при страховании по программе, покрывающей защиту юридических рисков.

75. Документы по оплате счетов должны быть оформлены на выгодоприобретателя.

76. В случае если счета были оплачены застрахованным, которому оказывались медицинские услуги, а впоследствии застрахованный скончался, то страховая выплата выплачивается его наследникам по закону. Наследники обязаны предъявить документ о праве наследования.

77. Страховщик, принявший документы, обязан составить в двух экземплярах справку с указанием полного перечня представленных заявителем документов и даты их принятия.

Один экземпляр справки выдается заявителю, второй экземпляр с отметкой заявителя в ее получении остается у страховщика.

В случае предоставления страхователем (застрахованным) либо потерпевшим (выгодоприобретателем) или их представителями не всех документов, предусмотренных настоящей Главой, страховщик обязан в течение трех рабочих дней с момента предоставления последнего из требуемых документов письменно или посредством электронной почты/смс, интернет –ресурса сообщения уведомить их о недостающих документах.

При предоставлении копий документов, страхователем (застрахованным, выгодоприобретателем) предоставляется оригинал такого документа для осуществления сверки.

78. В случае не предоставления либо не своевременного предоставления Страхователем (застрахованным) или лицом, понесшим затраты на оказание медицинских услуг в, том числе затраты по репатриации заявления о страховой выплате и документов, **указанных в пункте 74 настоящих Правил**, страховщик имеет право отказать в страховой выплате.

79. Застрахованный обязан в течение 4 (четырёх) рабочих дней с момента получения требования страховщика пройти медицинское освидетельствование и представить его результаты, в целях подтверждения наступления страхового случая, установления диагноза.

80. Размер убытков определяется, исходя из фактических расходов, понесенных застрахованным (лицами, его сопровождающими) на основании документов, **указанных в пункте 74 настоящих Правил**, за минусом суммы франшизы, если она предусмотрена договором страхования.

Глава 14. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате

81. Срок оплаты услуг, оказываемых/предоставляемых участниками сети Ассистанс застрахованному, определяется по соглашению между страховщиком (его представителем) и Ассистанс компанией.

82. Страховщик, после получения документов, предусмотренных пунктом 74 настоящих Правил, в течение десяти рабочих дней принимает решение о страховой выплате или об отказе в страховой выплате и сообщает Ассистанс компании посредством электронной почты о своем решении. Решение об отказе в страховой выплате сообщается страховщиком выгодоприобретателю письменно с обоснованием причин отказа в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения об этом, если иной срок не предусмотрен договором страхования.

83. Страховщик осуществляет страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней после принятия им решения о страховой выплате.

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

84. Отказ страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован в суде по подсудности фактического места расположения головного офиса страховщика, после направления претензии в адрес страховщика.

85. Основанием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты страхователю (застрахованному/выгодоприобретателю) являются:

1) сообщение страхователем (застрахованным) страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

2) умышленные действия страхователя (застрахованного), направленные на наступление страхового случая;

3) воспрепятствование страхователем (застрахованным) страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;

4) нарушений страхователем (застрахованным) положений настоящих правил;

5) в случаях, предусмотренных подпунктом 4 пункта 52 настоящих Правил;

6) не уведомление страховщика о наступлении страхового случая в соответствии с пунктом 67 настоящих Правил.

Глава 15. Условия прекращения договора страхования

86. Договор страхования прекращает свое действие в случае:

1) исполнения страховщиком обязательств перед страхователем (застрахованным) по Договору страхования в полном объеме;

2) окончания срока действия страховой защиты;

3) неуплаты страхователем страховой премии в установленные договором страхования сроки;

4) передачи застрахованным страхового полиса и/или карточки страхования другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования;

5) страхователь при заключении договора заведомо преследовал цель извлечения неправомерной выгоды, в том числе посредством заключения договора после наступления страхового случая;

6) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным.

87. Стороны (Страхователь, Страховщик) имеют право на досрочное расторжение договора страхования. О намерении досрочного прекращения действия договора

страхования, стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 2 (два) рабочих дня до предполагаемой даты прекращения договора страхования.

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

- 1) перестал существовать объект страхования;
- 2) смерти застрахованного, не являющегося страхователем, когда не произошла его замена;
- 3) когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- 4) вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации страховщика;
- 5) изменения условий и сведений, включенных в страховой полис, оформленный страховщиком в порядке, предусмотренном законодательными актами Республики Казахстан;
- 6) в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности».

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

При этом страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, за вычетом расходов страховщика по сопровождению Договора, установленном в каждом договоре и рассчитывается по следующей формуле:

$S = \frac{P - P}{Cp} \cdot K - P \cdot PVD - B$, где:

S – страховая премия, подлежащая возврату;

P – размер страховой премии согласно Договору страхования;

Cp – срок страхования (в днях);

K – количество использованных дней;

PVD – расходы за ведение дела по договору страхования; B – выплаты, осуществлённые по Полису.

89. При расторжении страхователем Договора страхования после начала действия страховой защиты, по основаниям, не указанным в пункте 88 настоящих Правил, расчет суммы премии, подлежащей возврату осуществляется пропорционально сроку, оставшемуся до даты окончания действия страхового полиса за минусом 40% (расходы на ведение дела), если иное не установлено Договором страхования. Если сумма возврата составляет менее 500 (пятьсот) тенге, то страховщик ее не возвращает, если иное не указано в Договоре страхования.

89.1. При отказе Страхователя-физического лица от Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения Страховщик обязан вернуть Страхователю-физическому лицу полученную (полученные) страховую премию (страховые взносы) за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением договора страхования, не превышающих десяти процентов от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).

90. При расторжении Договора страхования, по которому заявлен страховой случай по любым случаям, Договор страхования (страховой полис) подлежит расторжению без возврата страховой премии.

91. При расторжении Договора страхования страхователем, в случае отмены поездки по любым основаниям, кроме **указанных в пункте 88 настоящих Правил** до начала действия Договора страхования, страховщик возвращает страхователю оплаченную сумму премии за минусом 500 тенге, если иное не указано в Договоре страхования.

92. В случаях, когда досрочное прекращение Договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине страховщика, последний обязан вернуть страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью.

Глава 16. Порядок разрешения споров. Прочие условия.

93. Споры, вытекающие из Договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, рассматриваются непосредственно сторонами путем переговоров. В случае обращения к страховому омбудсману, тайна страхования может быть раскрыта ему по находящимся у него на рассмотрении обращениям физических и юридических лиц по урегулированию разногласий, возникающих из Договоров страхования.

94. Стороны Договора страхования при не разрешении спора путем переговоров до обращения в судебные органы обязаны направить другой стороне письменную претензию, с обоснованием причин возникшего разногласия. Претензия подлежит рассмотрению в двухнедельный срок.

94. В случае если претензия была отклонена полностью или частично, либо ответ на претензию не получен по истечении срока, указанного в **пункте 94 настоящих Правил**, сторона имеет право обратиться к страховому омбудсману или в суд по подсудности фактического места расположения головного офиса Страховщика в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

96. В части неурегулированной настоящими Правилами применяется действующее законодательство Республики Казахстан.

97. С момента вступления в силу настоящих Правил страхования, предыдущая редакция Правил утрачивает свою юридическую силу и признаётся недействительной.