

**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «НОМАД ИНШУРАНС»**

С изменениями №1 от 16.10.2025г.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ
И/ИЛИ ИНЫХ РАСХОДОВ ЛИЦ, ВЫЕЗЖАЮЩИХ
ЗА ГРАНИЦУ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**Отрасль страхования: Общее страхование
Форма страхования: Добровольное страхование
Класс страхования: Страхование на случай
болезни**

Алматы, 2025 г.

УТВЕРЖДЕНО
Протоколом Совета директоров
АО «СК «НОМАД Иншурэнс»
№ 26 от «04» сентября 2025г.



СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	7
3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	7
4. РАСХОДЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ПОКРЫТИЮ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ:	7
5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ	10
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА	11
7. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА	12
8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	13
9. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ	15
10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ	17
11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ	19
12. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ ДУБЛИКАТА ДОГОВОРА	26
13. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ/РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА	27
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	29
15. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	29

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. На условиях настоящих Правил добровольного страхования медицинских и/или иных расходов лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан (далее – «Правила») Акционерное Общество Страховая Компания «НОМАД Иншуранс», именуемое в дальнейшем «Страховщик», заключает договоры добровольного страхования медицинских и/или иных расходов лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан (далее – «Договор»).
- 1.2. В настоящих Правилах употребляются следующие понятия:
- 1.2.1. **Ассистанс** – юридическое лицо, которое на основании договора о сотрудничестве со Страховщиком принимает на себя обязательство от имени Страховщика осуществлять организацию, координацию и контроль предоставления Застрахованным услуг, предусмотренных Договором, на территории страхования.
- 1.2.2. **Близкие родственники** – родители (усыновители) Застрахованного, супруг/супруга, состоящие в зарегистрированном браке с Застрахованным, его дети, в том числе и усыновленные, а также родные братья, сестры, бабушки дедушки, внуки;
- 1.2.3. **Внезапное острое заболевание** – непредвиденное изменение состояния здоровья Застрахованного (болезни, травмы), клинически проявляющееся поражением органов и/или систем, создающее угрозу для жизни и требующее неотложной медицинской помощи.
- 1.2.4. **Выгодоприобретатель** - лицо, которое в соответствии с Договором является получателем страховой выплаты.
При заключении Договора Страхователь вправе назначить любое лицо для получения страховых выплат по Договору – Выгодоприобретателя, а также заменить его по своему усмотрению до наступления страхового случая, письменно уведомив об этом Страховщика.
Назначение и замена Выгодоприобретателя по Договору допускается только с письменного согласия Застрахованного.
Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил какую-либо из обязанностей по Договору или предъявил Страховщику требование о страховой выплате.
Если в Договоре не был назначен Выгодоприобретатель, то в случае смерти Застрахованного при наступлении страхового случая, Выгодоприобретателем будет признано лицо, являющееся наследником Застрахованного.
- 1.2.5. **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого Страхователь заключает Договор страхования. В части страхования от COVID-19, это лицо, возраст которого на дату заключения договора страхования составляет от 0 до 101 года.
- 1.2.6. **Медицинские учреждения Ассистанса** – учреждения, заключившие с Ассистансом договоры оказания услуг и осуществляющие деятельность по предоставлению Застрахованным услуг, предусмотренных Договором, на территории страхования от имени Страховщика.
- 1.2.7. **Медицинские учреждения и/или врачи** – медицинские учреждения или работники, осуществляющие свою деятельность на территории страхования, услугами которых Застрахованный воспользовался самостоятельно без направления работников Ассистанса.
- 1.2.8. **Неотложная медицинская помощь** – экстренная медицинская помощь, которая применяется с целью восстановления, поддержания жизненно важных функций организма человека и предотвращения в дальнейшем необратимых патологических процессов организма. В объем неотложной медицинской помощи входит купирование (снятие) острого болевого синдрома.

- 1.2.9. Несчастный случай** – внезапное кратковременное событие (происшествие), наступившее вопреки воле человека, в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на организм и повлекшее за собой внезапное острое заболевание и/или смерть Застрахованного.
- К несчастному случаю относится одномоментное, внезапное воздействие различных внешних факторов, характер, время и место наступления которых могут быть однозначно определены: стихийное явление природы, взрыв, ожог, обморожение, утопление, действие электрического тока, удар молнии, противоправные действия третьих лиц, нападение животных, укусы змей, жалящих насекомых, падение какого-либо предмета или самого Застрахованного, а также травмы, полученные при движении/эксплуатации средств транспорта (самолета, автомобиля, автобуса, поезда и т.п.), включая посадку в средства транспорта и высадку из них, при пользовании машинами, механизмами.
- 1.2.10. Обострение хронического заболевания** - хроническое заболевание, остро проявившееся у Застрахованного лица в период действия страхового покрытия по Договору и угрожающее жизни Застрахованного лица, по поводу которого Застрахованное лицо получало лечение в прошлом, но, не являющееся, по заключению врача, препятствием для совершения поездки.
- 1.2.11. Поездка** - деловая, туристическая, частная и иная поездка, организованная и совершаемая Застрахованным лицом, как самостоятельно, так и с помощью (через) соответствующие туристические агентства, туристические компании, бюро, туристических операторов, принимающих сторон (работодателей, учебных заведений), независимо от формы собственности и от организационно-правовой формы последних.
- 1.2.12. Перевозчик** – физическое или юридическое лицо, владеющее железнодорожным, морским, внутренним водным, воздушным, автомобильным транспортным средством, на праве собственности или на иных законных основаниях и имеющее право на осуществление перевозки пассажиров и их имущества за плату или по найму в соответствии с законодательством территории страхования, и имеющий лицензию.
- 1.2.13. Работники Ассистанса** – медицинские работники Ассистанса или медицинских учреждений Ассистанса, представители Ассистанса, осуществляющие деятельность по предоставлению, а также по организации, координации и контролю предоставления Застрахованным услуг, предусмотренных Договором, на территории страхования от имени Страховщика.
- 1.2.14. Репатриация** - организация Ассистансом транспортировки тела умершего Застрахованного до ближайшего к месту захоронения международного аэропорта в Республике Казахстан либо стране, гражданство которой Застрахованный имел при жизни.
- 1.2.15. Страна временного пребывания (страна пребывания)** – любая страна, указанная в Договоре страхования и входящая в территорию страхования, за исключением той, чье гражданство имеет Застрахованный и (или) постоянно там проживает.
- 1.2.16. Страна постоянного проживания** - страна или страны, которые являются первичным или вторичным местом постоянного жительства Застрахованного лица.
- 1.2.17. Страхователь** - лицо, заключившее Договор со Страховщиком.
- 1.2.18. Страховщик** - юридическое лицо, получившее лицензию на право осуществления страховой деятельности на территории Республики Казахстан в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен Договор (Выгодоприобретателю), на условиях и в пределах определенной суммы (страховой суммы), установленных Договором.
- 1.2.19. Страховая выплата** – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю в пределах страховой суммы, установленной Договором, при наступлении страхового случая.

- 1.2.20. **Страховая премия** - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Страхователю (Выгодоприобретателю) в размере, определенном Договором.
- 1.2.21. **Страховой случай** - событие, с наступлением которого Договор предусматривает осуществление страховой выплаты. Страховым случаем в части коронавирусной инфекции, является факт возникновения в период действия Договора и на территории страхования непредвиденных расходов (убытков) Застрахованного на госпитализацию, в связи с впервые диагностированным в период действия страховой защиты заболеванием COVID-19, вызванным коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2.
- 1.2.22. **Страховая сумма** - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.
- 1.2.23. **Территория страхования** – страна временного пребывания или иная конкретно обозначенная территория, указанная в Договоре.
- 1.2.24. **Увеличение риска** – повышение вероятности наступления страхового случая ввиду возникновения обстоятельств, непосредственно влияющих на такое повышение (изменение территории страхования, изменения цели поездки, изменение сроков поездки, установление Застрахованному лицу заболеваний/диагнозов, по которым настоящими Правилами предусмотрен отказ в страховой выплате и другое);
- 1.2.25. **Условная единица** – единица валюты, в которой установлена страховая сумма по Договору страхования.
- 1.2.26. **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 в процентах к страховой сумме либо в абсолютном размере.
- 1.2.27. **Хронические заболевания** – заболевания обладающие, как минимум, двумя из следующих характеристик:
- Не имеет известных признанных способов лечения;
 - Может существовать в течение неопределенного периода времени;
 - Бывают рецидивы, или существует вероятность возникновения рецидивов;
 - Носит постоянный характер;
 - Требуется паллиативного лечения;
 - Требуется долгосрочного наблюдения, консультаций, осмотров, исследований или анализов;
 - Лицо должно пройти курс реабилитации или специальное обучение для того, чтобы справиться с заболеванием.
- 1.2.28. **Эвакуация** - организация Ассистансом выезда Застрахованного с территории страхования в Республику Казахстан либо страну, гражданство которой имеет Застрахованный в случае, если Застрахованный на основании предписания квалифицированных работников Ассистанса в связи с резким ухудшением состояния здоровья, был вынужден продлить пребывание на территории страхования либо вернуться досрочно и не смог воспользоваться обратным билетом.
- 1.2.29. **Эвакуация застрахованных детей в возрасте до 16 лет в случае госпитализации/смерти Застрахованного** – организация Ассистансом выезда детей в возрасте до 16 лет, в Республику Казахстан или в страну постоянного проживания ребенка, в случае госпитализации/смерти Застрахованного лица на территории страхования в период действия страхового покрытия по Договору страхования.

- 1.2.30. **Экстренная медицинская транспортировка** - экстренная транспортировка Застрахованного лица в медицинское учреждение на территории страхования по рекомендации работников Ассистанса, связанная с резким ухудшением состояния здоровья Застрахованного и необходимостью оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических/стационарных условиях.
- 1.2.31. **Экстренная госпитализация** - госпитализация в медицинское учреждение на территории страхования, в связи с резким ухудшением состояния здоровья, представляющего угрозу для жизни Застрахованного и необходимостью оказания медицинской помощи в стационарных условиях.
- 1.2.32. **Интернет-ресурс** – электронный информационный ресурс, отображаемый в текстовом, графическом, аудиовизуальном или ином виде, размещаемый на аппаратно-программном комплексе, имеющем уникальный сетевой адрес и/или доменное имя и функционирующий в Интернете. Интернет-ресурс Компании используется для обмена электронными информационными ресурсами между страхователем (застрахованным, выгодоприобретателем) и Компанией.
- 1.2.33. **COVID-19** – потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV).
- 1.2.34. **Общественный транспорт** — это система транспорта общего пользования, которая осуществляет регулярные пассажирские перевозки по установленным маршрутам и расписанию, доступные широким слоям населения за плату (автобусы, трамваи, метро, троллейбусы, а также, такси, мототакси, рикши и паромы).
- 1.3. Страхователями по Договору могут выступать дееспособные физические (независимо от гражданства) и юридические (независимо от форм собственности) лица, имеющие интерес в возмещении расходов, возникших в результате внезапного острого заболевания, несчастного случая и/или смерти Застрахованного на территории страхования.
- 1.4. Застрахованными по Договору могут быть физические лица в возрасте от рождения до 101 года. При этом на момент окончания срока страхования возраст Застрахованного не должен превышать 101 год.
- 1.5. Страховщик имеет право отказать в заключении Договора в качестве Застрахованного лицу или в отношении лица, попадающего в одну из следующих категорий на момент заключения Договора:
- 1) лица старше 101 года;
 - 2) лица, в отношении которых на момент заключения Договора установлена инвалидность, определена степень утраты (полной или частичной) трудоспособности (общей или профессиональной) и/или профессиональное заболевание;
 - 3) лица, употребляющие/употреблявшие наркотики; лица, употребляющие/употреблявшие токсические вещества с целью токсического опьянения; лица, страдающие/страдавшие алкоголизмом;
 - 4) лица со стойкими нервными и психическими расстройствами, состоящие/состоявшие на учете по этому поводу в психоневрологическом диспансере;
 - 5) лица, получавшие травмы или имевшие/имеющие заболевания либо их последствия, возникшие в результате алкогольного, наркотического или психотропного опьянения (любой степени);
 - 6) лица, умышленно причинявшие самому себе телесные повреждения, в том числе совершавшие покушение на самоубийство;
 - 7) лица, получавшие травмы или имевшие/имеющие заболевания либо их последствия, возникшие в связи с заболеваниями психической природы, эпилепсией, дегенеративно-дистрофическими и демиелинизирующими заболеваниями нервной системы;

- 8) лица, выезжающие за границу Республики Казахстан с целью получения любого вида лечения, в том числе профилактического лечения в санаториях, лечебницах, домах отдыха и других организациях санаторно-курортного типа;
 - 9) лица, находящиеся на момент заключения договора на предполагаемой территории страхования.
- 1.6.** Страхователь, подписывая договор, подтверждает наличие согласия Застрахованного/Выгодоприобретателя о передачи их персональных данных Страховщику, Ассистансу для исполнения договора страхования, а также дает свое согласие на передачу сведений Застрахованного, Выгодоприобретателя, относящиеся к страховой тайне согласно статье 830 ГК РК, Ассистансу для выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1** Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с дополнительными непредвиденными расходами (убытками), возникшими у Застрахованного в результате:
- 2.1.1.** внезапного острого заболевания или несчастного случая Застрахованного на территории страхования, предусмотренной настоящими Правилами.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 3.1** Страховым случаем является факт возникновения в период действия Договора и на территории страхования непредвиденных расходов (убытков) Застрахованного, вызванных внезапным острым заболеванием или несчастным случаем.
- 3.2** Страховым случаем в части коронавирусной инфекции является впервые диагностированное в период действия страховой защиты заболевание, вызванное коронавирусной инфекцией COVID-19, приведшее к госпитализации Застрахованного в период действия страховой защиты, если в договоре выбран и дополнительно оплачен риск COVID-19.

4. РАСХОДЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ПОКРЫТИЮ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ:

4.1 Расходы на неотложную медицинскую помощь, а именно:

- 1) расходы на визиты и консультации врачей-специалистов, медицинские обследования, необходимые для установления и/или подтверждения диагноза;
- 2) расходы на экстренную госпитализацию в палату стандартного типа, включая консультации, обследования, внутрибольничный контроль и уход, хирургическое и/или медикаментозное лечение Застрахованного;
- дополнительно по территории Шенген-зоны: при оплате дополнительного риска «COVID-19» расходы до 5 (пяти) суток госпитализации для неотложной/экстренной медицинской помощи при основном диагнозе «COVID-19», но не более 5 000 (пять тысяч) евро за весь период страхования.

4.2 Расходы на экстренную стоматологическую помощь на сумму, не превышающую лимита 200 у.е. *1 по курсу Национального Банка Республики Казахстан на дату страхового случая), а именно:

- 1) расходы, связанные с болевым синдромом зуба и окружающих его мягких тканей: терапевтическое лечение, анестезия, удаление;

* у.е.- условная единица, определяемая валютой страховой суммы, указанной в настоящем Договоре.

- 2) расходы, связанные с лечением гнойно-воспалительных процессов в полости рта: анестезия, вскрытие, дренирование, остановка кровотечения;
- 3) расходы, связанные с острым болевым синдромом зуба и окружающих его мягких тканей, в результате травматического повреждения при несчастном случае;

Исключением являются и Страховщиком не покрываются: ортодонтия, косметология, протезирование и подготовка к нему, новообразования в полости рта различного генеза.

4.3 Расходы на транспортировку/эвакуацию Застрахованного, организованную Ассистансом, а именно:

1) расходы на экстренную медицинскую транспортировку Застрахованного по рекомендации работников Ассистанса с места наступления страхового случая в ближайшее медицинское учреждение или к врачу на территории страхования.

- *Из отдаленных труднодоступных горных регионов эвакуация вертолетом покрывается только в случае травмы, при которой невозможно оказание неотложной медицинской помощи на месте наступления случая (если в Договоре выбрана цель поездки/категория – «Спорт»)*

2) расходы на транспортировку Застрахованного из больницы до ближайшего международного аэропорта на территории страхования для дальнейшего самостоятельного возвращения в Республику Казахстан, либо в страну, гражданство которой имеет Застрахованный. Необходимость транспортировки определяется врачами Ассистанса.

3) расходы на медицинскую эвакуацию Застрахованного (в соответствии с предписаниями врача) в Республику Казахстан, либо в страну, гражданство которой имеет Застрахованный, до ближайшего международного аэропорта в Республике Казахстан либо в стране, гражданство которой имеет Застрахованный;

4) на сопровождение Застрахованного не медицинским или медицинским персоналом. Страховщик оплачивает дорожные расходы сопровождающего лица, не превышающие стоимости билетов на самолет в экономическом классе в обе стороны, и расходы сопровождающего лица на проживание и питание на срок не более чем на 3 (три) суток, но не более суммы в тенге эквивалентной 500 (пятьсот) долларов США/Евро. Все возмещаемые расходы по страховому случаю, включая расходы на сопровождающее лицо, не могут превысить общую страховую сумму на данного Застрахованного, предусмотренную Договором;

5) Страховщик покрывает расходы на эвакуацию в следующих случаях:

- если Застрахованный на основании предписания квалифицированных работников Ассистанса в связи с резким ухудшением состояния здоровья, обусловленного страховым случаем, был вынужден продлить пребывание на территории страхования, либо вернуться досрочно и не смог воспользоваться обратным билетом.
- обязательным условием является уведомление работников Ассистанса по телефонам круглосуточной диспетчерской службы, указанных в договоре страхования, о необходимости произвести обмен/возврат билетов и предоставление всей необходимой документации работникам Ассистанса для обмена /возврата билетов (паспорт, билеты и другое)
- если эвакуация Застрахованного организована через Ассистанс.

6) Выбор транспортного средства и условий транспортировки/эвакуации осуществляет Страховщик на основании рекомендаций и предписаний медицинских работников страны пребывания.

7) Если квалифицированные работники Ассистанса решают, что эвакуация Застрахованного является возможной, а Застрахованный отказывается (устно или письменно) возвращаться, - расходы на дальнейшее амбулаторное лечение/госпитализацию, а также расходы, связанные с последующим возвращением в страну, гражданство которой имеет Застрахованный, Страховщиком не оплачиваются.

4.4 Расходы на репатриацию тела Застрахованного в Республику Казахстан либо в страну, гражданство которой имел Застрахованный при жизни, а именно:

- 1) Расходы на гроб/урну для кремации, соответствующие требованиям международных перевозок;
- 2) Расходы, связанные с организацией, хранением, кремацией и транспортировкой останков Застрахованного до ближайшего к месту захоронения международного аэропорта в Республике Казахстан либо в стране, гражданство которой Застрахованный имел при жизни.
- 3) Расходы по репатриации покрываются только в случае организации репатриации через Ассистанс. Репатриация тела Застрахованного, организованная самостоятельно родственниками Застрахованного либо любыми другими лицами без участия Ассистанса и/или письменного согласования со Страховщиком, не оплачивается;
- 4) По территории Королевства Таиланд, репатриация Застрахованного осуществляется в пределах лимита 90 000 USD, при наличии выбора в системе «INSY Travel» / «CRM» дополнительного риска.

4.5 Эвакуация застрахованных детей в возрасте до 16 лет в Республику Казахстан либо в страну их постоянного проживания/гражданства, в случае госпитализации/смерти Застрахованного (родителя/опекуна/доверенного лица):

- 1) Расходы, на эвакуацию застрахованных детей в возрасте до 16 лет в Республику Казахстан либо в страну их постоянного проживания/гражданства в случае госпитализации и/или смерти Застрахованного родителя/опекуна/доверенного лица на территории страхования, при условии, что застрахованный ребенок остался один на территории страхования без попечения. Страховщик покрывает стоимость перелета каждого ребенка экономическим классом из аэропорта в пункте его нахождения (пункте, ближайшем к пункту его нахождения) до аэропорта в городе Республики Казахстан (либо страны, в которой постоянно проживает/имеет гражданство ребенок), ближайшем до населенного пункта, в котором проживает ребенок.
- 2) Страховщик оставляет за собой право произвести возврат билета в компанию перевозчика и получить компенсацию или произвести обмен билета в компанию перевозчика на более ранний или поздний срок в целях эвакуации детей.
- 3) Расходы на эвакуацию в Республику Казахстан застрахованных несовершеннолетних детей, находящихся на территории страхования, покрываются Страховщиком только в случае организации эвакуации через Ассистанс. Эвакуация детей в возрасте до 16 лет самостоятельно организованная родственниками Застрахованного или любыми другими лицами без участия Ассистанса и письменного согласования со Страховщиком, Страховщиком не оплачивается.

4.6 Расходы, по получению юридической и административной помощи:

- 1) Расходы по получению юридической помощи, связанные с организацией и оплатой организации помощи Застрахованному в возбуждении дела по защите его прав, если несчастный случай произошел по вине третьего лица:
Оплата осуществляется в случае организации помощи через Ассистанс. Помощь, организованная самостоятельно, либо близкими родственниками Застрахованного, либо любыми другими лицами без участия Ассистанса и/или непосредственного согласования со Страховщиком, не оплачивается.
- 2) Расходы по получению административной помощи, связанные с оформлением дубликатов утерянных документов (паспорт, виза, билет) и их доставку Застрахованному на территории страхования. Оплата осуществляется Ассистансу, либо Выгодоприобретателю по Договору в соответствии Разделом 10 настоящих Правил;
- 3) Расходы по оплате 2-х (двух) телефонных разговоров Страхователя (Застрахованного) по номерам круглосуточной диспетчерской службы Ассистанса, указанных в Договоре страхования и связанных со страховым случаем. Оплата осуществляется Выгодоприобретателю по Договору в соответствии Разделом 10 настоящих Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

- 5.1. Страховая сумма**—максимальная денежная сумма, определенная Договором, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств, и исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии и максимальная величина обязательств Страховщика по Договору.
- 5.1.1. Дополнительно к общей страховой сумме, устанавливаются страховые суммы по отдельному риску (виду услуг) или группе рисков (нескольких видов услуг).
- 5.1.2. Если расходы на услуги, предусмотренные Договором страхования, превысили установленные страховую сумму и/или страховую сумму по отдельному риску/группе рисков, Страхователь (Застрахованный) самостоятельно покрывает доли расходов, превышающие страховую сумму или страховую сумму по отдельному риску/группе рисков.
- 5.2. Франшиза** – освобождение Страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера.
- 5.2.1. Установление франшизы и определение ее размера осуществляется по соглашению сторон при заключении Договора. Размер франшизы может выражаться в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине. Франшиза может быть предусмотрена как в целом по пакету рисков, так и отдельно по определенным рискам.
- 5.2.2. Если иное не отражено в Договоре для Застрахованных старше 65 (шестьдесят пять) лет автоматически устанавливается безусловная франшиза в размере 10 % (десяти) процентов по любому страховому случаю от суммы предъявленных к возмещению расходов, понесенных Страхователем/Застрахованным в рамках условий страхования.
- а) При получении услуг через Ассистанс Застрахованные лица старше 65 (шестьдесят пять) лет самостоятельно оплачивают 10 % (десять) процентов стоимости услуг, предусмотренных настоящим Договором.
- б) В случаях, когда страховая выплата осуществляется путем оплаты услуг и расходов непосредственно Ассистансу, который организует оказание этих услуги, часть стоимости оказанных услуг в сумме, равной размеру установленной по Договору страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным) при получении (оказании) услуг, либо Страховщику в срок до 15 (пятнадцати) календарных дней после признания произошедшего события страховым случаем и получения уведомления об оплате последним оказанных услуг.
- 5.3. Страховая премия** - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Страхователю (Выгодоприобретателю) в размере, определенном Договором.
- 5.3.1. Страховая премия исчисляется Страховщиком за весь срок страхования, исходя из рисков, подлежащих страхованию, размера страховой суммы, базовых тарифных ставок и поправочных (повышающих и понижающих) коэффициентов к ним (Приложение № 1 к настоящим Правилам) с учетом конкретных условий страхования: возраста Застрахованного, количества человек, застрахованных по Договору страхования, цели поездки, длительности поездки, занятия Застрахованным различными видами спорта и других факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска.
- Решение о применении к базовым тарифным ставкам повышающих или понижающих коэффициентов принимается Страховщиком самостоятельно и индивидуально в каждом случае.
- 5.3.2. Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем единовременно, разовым платежом за весь срок страхования, Оплата страховой премии производится не позднее даты начала действия Договора страхования, если иной порядок не установлен условиями Договора страхования.

- 5.3.3. В случае неуплаты страховой премии в срок, предусмотренный условиями Договора, Договор страхования считается не вступившим в силу, а Страховщик освобождается от обязанности осуществлять страховые выплаты.
- 5.3.4. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата поступления денежных средств на банковский счет или в кассу Страховщика.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Основанием для заключения Договора является устное или письменное заявление Страхователя.
- 6.2. При заключении Договора Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю (Застрахованному) обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.
- 6.3. Договор заключается без предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного. По требованию Страховщика Застрахованный должен заполнить опросный лист по форме (заявление-анкета), предложенной Страховщиком.
- 6.4. Информация, которая поступила к Страховщику в результате проверки состояния здоровья, является строго конфиденциальной. Однако Страховщик имеет право передавать перестраховщику или другому страховщику в необходимых объемах данные о Застрахованном для оценки степени риска и для оформления договора перестрахования, со страхования. Передача Ассистансу данных о Застрахованном допускается только в той мере, в какой это необходимо для целей страхования.
- 6.5. Договор заключается в письменной форме путем составления и подписания сторонами договора страхования или присоединения Страхователя к типовым условиям страхования, предусмотренным законодательными актами Республики Казахстан, либо Правилам страхования, разработанным Страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и оформления Страховщиком Страхователю страхового полиса.
- 6.6. Для заключения Договора Страховщиком может быть затребованы дополнительные документы, характеризующие степень страхового риска.
- 6.7. Страховщик вправе отказаться от заключения Договора со Страхователем без объяснения причин.
- 6.8. Лица старше 60 лет в рамках опции COVID-19 страхованию не подлежат, если иное не отражено в договоре страхования (если в Договоре выбрана цель поездки/категория – «COVID», а вышеперечисленные риски оплачены дополнительной страховой премией с учетом поправочного коэффициента, ограничение по возрасту составляет 101 год).
- 6.9. При реализации страхового продукта через Интернет-ресурс Страховщика либо его партнера:
- 1) Страхователь заполняет данные в электронной форме заявления-анкеты;
 - 2) Страховой полис заключается путем присоединения Страхователя к настоящим Правилам. Оформление Страхового полиса осуществляется двумя способами:
 - а) по месту нахождения лица, осуществляющего реализацию данного страхового продукта, путем выдачи Страхового полиса Страхователю или
 - б) на официальном Интернет-ресурсе Страховщика или его партнёров, путем оформления электронного Страхового полиса и направлением его на электронную почту Страхователя, указанную им при заполнении данных на Интернет-ресурсе Страховщика либо его партнера.
- 6.10. Страхователь до заключения Страхового полиса должен письменно известить Страховщика:
- а) если он (Страхователь) является публичным должностным лицом, его супругом (супругой) и/или близким родственником.

б) если бенефициарным собственником выступает иное лицо (не Страхователь).

7. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор вступает в силу со дня, указанного в нем.

7.2. Договор заключается на конкретную поездку (путешествие, поход, экскурсию, командировку и т.п.) на основании устного или письменного заявления на страхование. При предоставлении заявления на страхование в письменной форме используется бланк заявления-анкеты установленной формы. Договор может быть заключен на период пребывания Страхователя (Застрахованного) на территории страхования, не превышающий одного года, если иное не оговорено в договоре страхования.

7.3. В случае страхования по программе Multi Travel, предусматривающую многократные выезды за границу Республики Казахстан, Договор действует в пределах количества дней, указанного в Договоре. При каждом выезде Застрахованного за границу Республики Казахстан, срок страхования автоматически уменьшается на количество дней, проведенных на территории страхования. Действие Договора по программе Multi Travel прекращается по исчерпанию количества дней страхования, указанных в Договоре.

7.4. Страховое покрытие:

а) начинается с момента регистрации прибытия Застрахованного пограничной и/или таможенной службами на территории страхования (страны пребывания), указанной в Договоре, но не ранее даты вступления в силу Договора;

б) заканчивается с момента регистрации убытия Застрахованного пограничной и/или таможенной службами на территории страхования (страны пребывания), указанной в Договоре, но не позднее окончания срока действия Договора.

7.5. В территорию страхования не может быть включена:

а) территория Республики Казахстан;

б) для иностранных граждан дополнительно - территория страны, гражданство/вид на жительство которой имеет Застрахованный.

7.6. Страховое покрытие Договора не распространяется:

1) на территории государств, в пределах которых ведутся военные действия;

2) на территории государств в отношении, которых применены экономические и/или военные санкции ООН (Организации Объединенных Наций);

3) на территории государств, в пределах которых обнаружены или признаны очаги эпидемий и/или объявлен карантин;

4) на лиц, получивших гражданство/вид на жительство (за исключением лиц, получивших вид на жительство с целью обучения за рубежом) страны пребывания, указанной в договоре страхования, после вступления договора в силу;

5) если договор страхования был оформлен, в период нахождения застрахованного на территории страхования;

7.7. Страховой полис, реализованный через интернет-ресурс вступает в силу со дня, указанного в нем. Уплата страховой премии производится на интернет-ресурсе Страховщика либо его партнера, в соответствии с п. 2 ст. 394 и п. 3 ст. 396 ГК РК, после ознакомления с типовыми условиями страхования, предусмотренными законодательными актами Республики Казахстан, либо с настоящими Правилами страхования, что признается полным и безоговорочным согласием (акцепт) заключить Страховой полис, а также принятием всех условий, прописанных в данных Правилах и даёт право Страховщику на сбор и обработку персональных данных согласно Закону Республики Казахстан «О персональных данных и их защите». После совершения акцепта, Страхователю выдается электронный вариант Страхового полиса/Страхового сертификата, путем перенаправления его на электронную почту, указанную Страхователем при заполнении данных на интернет-ресурсе Страховщика либо его партнера.

- 7.8. В случае необходимости Страхователь обязуется предоставить все необходимые документы, запрашиваемые Страховщиком в целях соблюдения требования законодательства РК по противодействию легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем и финансированию терроризма.
- 7.9. Подписав Анкету, Страхователь подтверждает, что осуществляемая им операция не связана с легализацией (отмыванием) доходов, полученных преступным путем и финансированием террористической деятельности.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик вправе:

- 1) проверять предоставленную Страхователем информацию и документы, а также выполнение Страхователем требований и условий Договора;
- 2) по получении уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска;
- 3) потребовать расторжения Договора при невыполнении Страхователем обязанности 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, либо если Страхователь возражает против изменения условий Договора или доплаты страховой премии соразмерно увеличению степени риска;
- 4) потребовать прохождения Застрахованным медицинского освидетельствования на наличие алкоголя/наркотических веществ в соответствии с законодательством страны пребывания, в случае подозрения на алкогольное/наркотическое опьянение Застрахованного во время наступления страхового случая. В случае установления факта алкогольного/наркотического опьянения, а также в случае отказа, Застрахованного от прохождения медицинского освидетельствования – отказать в осуществление страховой выплаты.
- 5) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, в том числе запрашивать документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и размер причиненного ущерба, у соответствующих государственных органов, правоохранительных органов, медицинских учреждений, туристических агентств/операторов, других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, исходя и в соответствии с их компетенцией;
- 6) требовать от Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя информацию/документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельств его наступления;
- 7) отказать в осуществлении страховой выплаты полностью или частично по основаниям, предусмотренным настоящими Правилами.
- 8) Страховщик имеет право на передачу сведений о Застрахованном, Выгодоприобретателе, относящиеся к персональным данным, страховой тайне согласно статье 830 ГК РК, Ассистансу для выполнения страховщиком своих обязательств по договору.
- 9) приостановить осуществление страховой выплаты на срок до тридцати календарных дней при установлении (выявлении) признаков недобросовестного поведения Страхователя согласно Закону Республики Казахстан «О страховой деятельности» с направлением уведомления о приостановлении страховой выплаты Страхователю (Выгодоприобретателю), с указанием о проведении соответствующей проверки не позднее дня, следующего за днём приостановления.

8.2. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить страхователя с Правилами страхования и по его требованию представить (направить) копию Правил;
- 2) обеспечить тайну страхования в соответствии со статьями 828 и 830 ГК РК;
- 3) в случае непредставления Страхователем/Застрахованным/Выгодоприобретателем документов, предусмотренных Разделом 10 настоящих Правил страхования, незамедлительно, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней, письменно уведомить его о недостающих документах и (или) неправильно оформленных документах;
- 4) осуществить страховую выплату Страхователю или Застрахованному, или Выгодоприобретателю, либо направить письменный мотивированный отказ в осуществлении страховой выплаты в соответствии с условиями настоящих Правил;
- 5) возместить Страхователю или Застрахованному, или Выгодоприобретателю, расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
- 6) совершать другие действия, предусмотренные Договором, настоящими Правилами и действующим законодательством Республики Казахстан.

8.3. Страхователь вправе:

- 1) требовать от Страховщика разъяснения условий страхования медицинских или иных расходов лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан, своих прав и обязанностей по Договору;
- 2) оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера.

8.4. Страхователь обязан:

- 1) при заключении Договора предоставить Страховщику всю интересующую его информацию, необходимую для оценки степени риска и заключения Договора;
- 2) уплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, которые установлены Договором;
- 3) при заключении и в период действия Договора информировать Страховщика обо всех действующих/заключаемых договорах страхования по аналогичным рискам в отношении данного объекта страхования;
- 4) информировать Страховщика о состоянии страхового риска;
- 5) незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней, 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;
- 6) при увеличении степени риска внести изменения в Договор и/или уплатить дополнительную страховую премию в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения Страхователем уведомления об изменении Договора и/или доплате страховой премии;
- 7) незамедлительно уведомить о наступлении страхового случая Страховщика или его представителя. В случае, если Страхователь не является застрахованным, такая обязанность лежит на застрахованном.

8.5. Выгодоприобретатель вправе:

- 1) требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору;
- 2) предъявить Страховщику требование о страховой выплате;
- 3) получить страховую выплату в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами;
- 4) оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
- 5) уведомить Страховщика о наступлении страхового случая при всех обстоятельствах, независимо от того, сделали это или нет Страхователь, или застрахованный;
- 6) совершать иные действия, не противоречащие Договору и законодательству Республики Казахстан.

- 8.6. Предусмотренные настоящим разделом права и обязанности сторон не являются исчерпывающими. Стороны имеют права и несут обязанности, предусмотренные иными пунктами или условиями Договора и законодательством Республики Казахстан.
- 8.7. Перечень прав и обязанностей сторон может быть изменен (дополнен) Договором.

9. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 9.1. Страхователь/Застрахованный после того, как ему стало/должно было стать известно о наступлении события, которое может привести к наступлению страхового случая, обязан:
- 1) принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы предотвратить или уменьшить возможные убытки;
 - 2) незамедлительно, независимо от времени суток, сообщить о наступлении внезапного острого заболевания или несчастного случая в круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса по номеру телефона, указанному в Договоре, и предоставить следующую информацию:
 - фамилию, имя, отчество Застрахованного;
 - номер Договора и его период действия;
 - наименование Страховщика;
 - страну и город пребывания;
 - дату, время и место наступления страхового случая;
 - всю известную информацию об обстоятельствах внезапного острого заболевания или несчастного случая и какая требуется помощь;
 - местонахождение Застрахованного, код и номер телефона, по которому с ним можно связаться в стране пребывания;
 - 3) получить медицинскую помощь или иные услуги, предусмотренные Договором страхования в строгом соответствии с инструкциями диспетчера Ассистанса;
 - 4) при получении медицинских услуг предъявить Договор страхования и документ, удостоверяющий личность;
 - 5) в случае отсутствия звонка Застрахованного в диспетчерскую службу Ассистанса до самостоятельного обращения к врачу и/или до самостоятельного получения иных услуг, Страховщик осуществляет страховую выплату согласно условиям подпункта 1) пункта 8.2. Раздела 8 настоящих Правил;
 - 6) при экстренной госпитализации Застрахованный обязан незамедлительно, но не позднее 12 часов с момента наступления страхового случая (т.е. с момента экстренной госпитализации), сообщить об этом в круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса. Если Застрахованный при наступлении события находится в бессознательном состоянии, уведомление о наступлении события должно быть осуществлено в сервисную компанию в течение 24 часов с момента наступления события родственниками застрахованного либо иными лицами, которые могли бы сделать это за него. В случае несвоевременного уведомления или отсутствия уведомления о госпитализации Застрахованного Страховщик осуществляет страховую выплату согласно условиям подпункт 1) пункта 9.2. Раздела 9 настоящих Правил;
 - 7) разрешить Страховщику или лицам, действующим от его имени, ознакомиться с полной медицинской документацией, получать информацию от третьих лиц (врачей, медицинских учреждений, служб здравоохранения и т.д.);
 - 8) выполнять все указания Ассистанса и/или Страховщика, связанные со страховым случаем, и соблюдать все предписания лечащего врача, в случае госпитализации – соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;
 - 9) пройти медицинское освидетельствование на наличие алкоголя/наркотических веществ в соответствии с законодательством страны пребывания, в случае подозрения на алкогольное/наркотическое опьянение во время наступления страхового случая;

10) в целях осуществления эвакуации Страховщиком/Ассистансом - произвести по возможности все действия, необходимые для обмена билета с изменением даты выезда/вылета посредством работников Ассистанса либо по согласованию с ними, если Застрахованный вынужден вернуться досрочно либо задержаться;

11) содействовать представителю Страховщика в выяснении причин и обстоятельств наступления страхового случая, в т.ч. предоставлять Страховщику всю доступную ему информацию и документацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного ущерба;

12) нести бремя доказывания наступления страхового случая, а также причиненных им убытков, в том числе оплату производства экспертизы, выезд экспертов на место происшествия, привлечение и консультации специалистов, сбор документов, перевод на русский или казахский языки, нотариальное заверение перевода и всех необходимых документов для осуществления страховой выплаты;

13) по требованию Страховщика пройти дополнительные обследования, связанные со страховым случаем, необходимые для принятия решения о покрытии;

14) выполнять иные действия, предусмотренные настоящими Правилами.

9.2. Страхователь/Застрахованный после того, как ему стало/должно было стать известно о наступлении события по рискам, указанным в Разделе 3 настоящих Правил, которое может привести к наступлению страхового случая, имеет право:

1) не обращаться в круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса, а самостоятельно получить и оплатить неотложную медицинскую помощь в медицинском учреждении и/или у врача, если расходы на данную неотложную медицинскую помощь не превышают по амбулаторному лечению - 200 (двухсот) условных единиц или 500 (пятьсот) условных единиц по стационарному лечению/госпитализации за весь период страхования. В случае если расходы на неотложную медицинскую помощь, самостоятельно оплаченные Страхователем (Застрахованным), превысили сумму 200 (двести) условных единиц по амбулаторному лечению или 500 (пятьсот) условных единиц по стационарному лечению/госпитализации, Страховщик имеет право отказать в осуществлении части страховой выплаты, превышающей сумму 200 (двести) условных единиц по амбулаторному лечению или 500 (пятьсот) условных единиц по стационарному лечению/госпитализации;

2) обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса и при невозможности организации/предоставления медицинских услуг (и/или иных услуг, предусмотренных настоящим Договором), посредством Ассистанса, получить направление Ассистанса для самостоятельного обращения в медицинское учреждение/к врачу (консульство и т.д.) и оплатить самостоятельно полученные услуги. Возмещение расходов в полном объеме, осуществляется Страховщиком после получения подтверждения обращения Застрахованного в Ассистанс в день страхового случая до получения помощи и при обязательном условии обращения Застрахованного в медицинское учреждение/к врачу рекомендованного Ассистансом.

В случае если:

- обращение Застрахованного не подтверждается Ассистансом;
- обращение Застрахованного в Ассистанс было зафиксировано постфактум, то есть уже после получения медицинских услуг;
- Застрахованный не обратился в медицинское учреждение/к врачу рекомендованное Ассистансом, а выбрал медицинское учреждение/врача самостоятельно по своему усмотрению;

Страховщик осуществляет страховую выплату согласно условиям подпункта 1) пункта 9.2. Раздела 9 настоящего Договора.

- 9.3.** При самостоятельной оплате медицинской помощи, либо иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами страхования, Застрахованный обязан сообщить об этом Страховщику в письменной форме незамедлительно, но в любом случае, не позднее 10 (десяти) рабочих дней, с момента прибытия на территорию Республики Казахстан.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

- 10.1.** При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил.
- 10.2.** Общая сумма страховых выплат по Договору не может превышать страховой суммы, указанной в Договоре в отношении каждого Застрахованного.
- 10.3.** Если общая сумма расходов, подлежащая возмещению Страховщиком, превышает страховую сумму, указанную в Договоре, в первую очередь оплачиваются расходы на неотложную медицинскую помощь. Все остальные расходы возмещаются в оставшейся части в порядке их расположения в Разделе 4 настоящих Правил; после возмещения расходов одной категории производится возмещение расходов другой категории Раздела 4 настоящих Правил.
- 10.4.** Страховая выплата осуществляется в следующем порядке:
- 10.4.1. Ассистансу, указанному в Договоре страхования, на основании договора о сотрудничестве, заключенного между Страховщиком и Ассистансом, согласно которого Ассистанс по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает для Застрахованных на территории страхования организацию и оказание услуг, предусмотренных условиями Договора.
- 10.4.2. Застрахованному/Выгодоприобретателю, если он самостоятельно произвел оплату услуг, предусмотренных условиями Договора.
- 10.5.** В целях обеспечения процесса осуществления страховых выплат Страховщик немедленно с момента сообщения о наступлении страхового случая представляет Застрахованному/Выгодоприобретателю:
- исчерпывающий перечень документов на осуществление страховой выплаты;
 - информацию о предельном сроке рассмотрения документов и осуществления страховой выплаты после представления всех необходимых документов.
- 10.6.** Перечень документов необходимых к предоставлению Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем), для принятия решения о страховой выплате:
- 1) заявление о страховом случае;
 - 2) копии документов, удостоверяющих личность Застрахованного и Выгодоприобретателя (паспорт, удостоверение личности, свидетельство о рождении ребенка);
 - 3) копии страниц паспорта с отметками о пересечении границ территории страхования по Договору (в случае, когда таможенным контролем страны пребывания не предусмотрены штампы в паспорте, возможно предоставление соответствующих посадочных талонов или электронных авиабилетов); отметки о пересечении границ РК;
 - 4) оригинал или нотариально заверенная копия заключения соответствующего медицинского учреждения с указанием Ф.И.О. Застрахованного, характера причиненного Застрахованному вреда, диагноза, даты обращения (госпитализации);
 - 5) оригинал или нотариально заверенная копия заключения медицинского учреждения, констатировавшего смерть Застрахованного, с указанием даты и причины смерти;
 - 6) нотариально заверенная копия свидетельства о смерти;
 - 7) оригиналы счетов, фискальных, товарных чеков, квитанций об оплате из медицинских учреждений, подтверждающих прохождение процедур, прием врачей, с указанием наименования каждой процедуры, приема, их количества, стоимости, даты оплаты и Ф.И.О. Застрахованного.

- В случае отсутствия указания валюты платежа в счетах, фискальных, товарных чеках, квитанциях и других документах, подтверждающих оплату, Страховщик автоматически осуществляет расчет страховой выплаты в тенге по официальному курсу Национального Банка РК валюты страны пребывания на дату страхового случая;
 - 8) оригиналы или нотариально заверенные копии рецептов подробных назначений лечащего врача на прохождение процедур, прием врачей, за которые выставлены счета с указанием даты приема, диагноза, послужившего причиной назначения и Ф.И.О. Застрахованного;
 - 9) по запросу Страховщика нотариально заверенные копии амбулаторной карты, истории болезни либо выписок из указанных документов, заверенные уполномоченным лицом и скрепленные печатью соответствующего медицинского учреждения; оригиналы рентгеновских снимков;
 - 10) если страховой случай наступил вследствие транспортного происшествия, противоправных действий третьих лиц, пожара и т.п. дополнительно - оригиналы или заверенные уполномоченными лицами копии соответствующих документов компетентных органов (документы органов внутренних дел, прокуратуры, следствия, дознания; судебных органов; органов пожарного надзора и т.п.), подтверждающие наступление страхового случая, причиненный вред, устанавливающие виновных в причинении вреда лиц;
 - 11) в случае оформления Застрахованным дубликатов документов – квитанции об оплате консульского сбора за восстановление паспорта с визой, квитанция об оплате фотографий для оформления соответствующих документов, квитанция об оплате услуг транспортной компании по восстановлению проездных документов;
 - 12) в случае эвакуации/транспортировки: документы с указанием ФИО пассажира, даты, направления поездки и стоимости для каждого пассажира;
 - 13) оригиналы или нотариально заверенные копии документов, подтверждающих расходы на оплату телефонных разговоров Страхователя (Застрахованного) по номерам круглосуточной диспетчерской службы Ассистанса, указанным в Договоре. Счет за звонок в диспетчерскую службу Ассистанса должен содержать следующие данные: дата звонка, телефонный номер, продолжительность переговоров и оплаченная сумма;
 - 14) банковские реквизиты счета Выгодоприобретателя, при смерти Застрахованного дополнительно нотариально заверенная копия свидетельства о праве на наследство.
 - 15) документы, подтверждающие личность и права Выгодоприобретателя, - при необходимости (доверенность, свидетельство о рождении и пр.).
- 10.7.** Документы предоставляются Страховщику в оригинале либо в виде копии, нотариально удостоверенной или заверенной оригинальной печатью и подписанной уполномоченным лицом компетентной организации.
- 10.8.** Все документы, перечисленные в настоящем разделе, должны быть предоставлены по запросу Страховщика на русском или казахском языках, или в переводе на русский или казахский языки, при этом перевод должен быть заверен нотариально.
- 10.9.** 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 о ее получении остается у Страховщика.
- 10.10.** Страховщик оставляет за собой право проверки всех представленных документов и проведения собственного расследования вплоть до проведения специалистами медицинского освидетельствования Застрахованного и самостоятельного выяснения причин и обстоятельств наступления страхового случая. В этом случае Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить Страховщику доступ ко всем необходимым документам, указывающим на состояние здоровья Застрахованного до и после страхового случая, необходимых для осуществления страховой выплаты, а также по требованию Страховщика пройти медицинское обследование за счет Страховщика в медицинском учреждении указанным Страховщиком и предоставить его результаты.

- 10.11.** Размер страховой выплаты определяется Страховщиком, на основании, документов, подтверждающих расходы, понесенные Застрахованным. В случае если договором страхования предусмотрена франшиза, страховая выплата осуществляется за минусом суммы франшизы.
- 10.12.** Предельный срок принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и осуществления страховой выплаты Выгодоприобретателю составляет 15 (пятнадцать) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов. В случае, если решение об осуществлении страховой выплаты не может быть принято в установленные сроки, требуется дополнительная информация либо сведения к представленным документам, Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) с объяснением причин необходимости продления сроков осуществления страховой выплаты.
При этом Страховщик обеспечивает осуществление страховой выплаты в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней с даты предельного срока рассмотрения документов на осуществление страховой выплаты.
- 10.13.** Страховую выплату Страховщик осуществляет Выгодоприобретателю в тенге по официальному курсу иностранных валют Национального Банка Республики Казахстан на день наступления страхового случая.
- 10.14.** За несвоевременное осуществление страховой выплаты Страховщик несет ответственность в соответствии со статьей 353 Гражданского кодекса Республики Казахстан.
- 10.15.** Порядок и условия осуществления страховой выплаты могут быть изменены (дополнены) Договором.

11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

- 11.1.** Страховщик вправе полностью или частично отказать в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:
- 1) умышленных действий Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны или крайней необходимости;
 - 2) действий Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными уголовными или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.
- 11.2.** Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:
- 1) рисков, не предусмотренных Договором страхования;
 - 2) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - 3) всякого рода военных действий или военных операций/спецопераций и их последствий, повреждения или уничтожения ракетами, снарядами, бомбами, другими орудиями, средствами войны и ведения боевых операций, пиратских действий, а также вследствие гражданской войны, народных волнений, восстаний, мятежа, массовых беспорядков и забастовок;
 - 4) военной службы Застрахованного в вооруженных силах любой страны;
 - 5) загрязнения окружающей среды, глобальных катастроф, землетрясения, извержения вулкана или действия огня, оползня, горного обвала, бури, вихря, урагана, наводнения, града или ливня и иных стихийных бедствий;
 - 6) самоубийства или покушения на самоубийство;
 - 7) несоблюдения Застрахованным требований законодательства территории страхования (страны пребывания);

- 8) убытков прямо или косвенно связанных с любого рода инфекционными заболеваниями (в том числе коронавирусной болезнью 2019 (COVID-19) и любой её мутацией или вариацией);
- 9) нарушения какого-либо закона о санкциях или нормативного акта, в результате которого на Страховщика будет, или может быть наложен любой штраф в соответствии с законом о санкциях и нормативными актами или ограничениями резолюций ООН или торговыми или экономическими санкциями, законами или нормами Европейского союза, Соединенного Королевства или США и иных уполномоченных международных организаций;
- 10) нарушения информационной безопасности, утери/утечки персональных данных, конфиденциальной информации и личных данных, хранящихся на серверах, интернет облаке, портативных устройствах, компьютерах, интернет-ресурсах, в том числе в результате кибератаки, влияния компьютерного вируса, взлома сетей и т.д.;
- 11) воздействия асбеста, асбестоволокна или любых продуктов, содержащих асбест, а также радиоактивных изотопов (при применении настоящих Правил к продукту страхования).

11.3. Страховщик не осуществляет страховую выплату:

- 1) если Застрахованный на момент наступления случая находился в состоянии алкогольного, наркотического или токсикоманического опьянения, либо под воздействием любых психотропных веществ;
- 2) если Застрахованный находился в стране пребывания по работе.
Исключение: если в Договоре выбрана цель поездки/категория – «Работа» и риск оплачен дополнительной страховой премией с учетом поправочного коэффициента;
- 3) если Застрахованный находился в стране пребывания с целью обучения.
Исключение: если в Договоре выбрана цель поездки/категория – «Обучение» и риск оплачен дополнительной страховой премией с учетом поправочного коэффициента.
- 4) если случай наступил вследствие занятия/участия Застрахованного:
 - а) любым видом профессионального и/или любительского спорта. Исключение: если в Договоре выбрана цель поездки/категория – «Спорт», а вышеперечисленные риски оплачены дополнительной страховой премией с учетом поправочного коэффициента;
 - б) в любых мероприятиях, где было использовано моторизованное наземное, водное или воздушное средство передвижения, а также участия в скачках, автогонках, управление летательным аппаратом, включая парашют, пара-, мото-, дельтаплан, участия Застрахованного в любые рода испытаниях. Исключение: если в Договоре выбрана цель поездки/категория – «Спорт», а вышеперечисленные риски оплачены дополнительной страховой премией с учетом поправочного коэффициента;
 - в) занятия/участия Застрахованного активными видами отдыха и физической активности с повышенным риском травматизма (катание на бананах и других водных аттракционах, подвижные игры спортивного характера; занятия в тренажерных залах; любые погружения под воду; занятие любым видом серфинга; отдых в альплагерях и на туристических и спортивных базах, а также в районах, расположенных выше 1000 м над уровнем моря; пешие восхождения, путешествия по пещерам, вулканам; поездки и путешествия на автомашинах внедорожного класса; поездки и путешествия на велосипедах, мопедах, скутерах и пр., поездки и путешествия на лошадях и других животных и т.д.). Исключение: если в Договоре выбрана цель поездки/категория – «Активный отдых», а вышеперечисленные риски оплачены дополнительной страховой премией с учетом поправочного коэффициента;

5) при выявлении заболевания у застрахованного COVID-19 на территории страхования, входящий в перечень утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих». Исключение: если в Договоре выбрана цель поездки/категория – «COVID», а вышеперечисленные риски оплачены дополнительной страховой премией с учетом поправочного коэффициента.

11.4. Страховщик не осуществляет страховую выплату по следующим расходам:

- 1) диагностика и/или лечение любых заболеваний, имеющих у Застрахованного до вступления в силу Договора;
- 2) получение Застрахованным медицинской помощи до начала срока действия или после окончания срока действия Договора, а также вне территории страхования, указанным в Договоре;
- 3) получение Застрахованным диагностики и/или лечения, превышающих объем неотложной медицинской помощи (лабораторные исследования на вирусы и бактерии, бактериальные посевы биоматериала, гистологические исследования, лабораторная диагностика при травмах, повторные перевязки травм/ран, контрольные осмотры врачей и др.);
- 4) Амбулаторное лечение, изоляция в отеле/обсервация и прочие расходы, связанные с выявленным заболеванием COVID-19, кроме госпитализации по неотложным показаниям (не более 5 дней и при наличии опции «COVID» в полисе);
- 5) диагностика и/или лечение заболеваний, которые Застрахованный перенес в последние 6 (шесть) месяцев до даты вступления в силу Договора и которые требовали последующего лечения (ограничение недействительно, если медицинская помощь была необходима для спасения жизни человека, для предотвращения полной утраты трудоспособности или для купирования острого болевого синдрома);
- 6) самолечение, а также назначения и проведение лечения членами семьи, родственниками или знакомыми Страхователя (Застрахованного);
- 7) расходы на приобретение лекарственных препаратов по назначению/рецепту врача;
- 8) лечение и/или диагностика хронических заболеваний и их осложнений/обострений, за исключением случаев оказания первой медицинской помощи для устранения непосредственной угрозы жизни Застрахованного;
- 9) диагностика и/или лечение злокачественных и/или доброкачественных новообразований, гиперпластических процессов, а также любых обусловленных и связанных с ними осложнений;
- 10) диагностика и/или лечение репродуктивной системы, а именно:
 - а) проведение консультативно-диагностических обследований и лечения Застрахованной с целью наступления и сохранения беременности, лечение осложнений беременности, нормальными или преждевременными родами, а также операциями кесарево сечение, искусственным прерыванием беременности (аборт). Исключение: экстренное искусственное прерывание беременности при сроке, не превышающем 12 недель беременности, необходимость в котором возникла в результате несчастного случая с Застрахованной, который может быть признан страховым случаем;
 - б) искусственное осеменение, диагностика и лечение бесплодия/импотенции, простатита; стерилизация, а также любые методы контрацепции, в том числе введением/удалением внутриматочной спирали (ВМС);
 - в) диагностика и/или лечение любых нарушений менструального цикла.
- 11) расходам, связанным с уходом, лечением новорожденного ребенка, нахождением под медицинским наблюдением и передвижением (включая эвакуацию и/или репатриацию);

- 12) диагностика и/или лечение любых врожденных, наследственных заболеваний и/или врожденных/приобретенных аномалий/пороков развития организма, в том числе - патологических переломов костей;
- 13) диагностика и/или лечение (в том числе оперативное), связанные с миопией/гиперметропией, астигматизмом, катарактой, глаукомой, отслойкой сетчатки;
- 14) расходы на стационарную помощь сроком более 5 (пяти) суток за весь период срока действия Договора, включая по риску COVID-19, дополнительно по региону Соединенные Штаты Америки действует ограничение по стационарному лечению: лимит 5000 (пять тысяч) долларов США; по странам Шенген-зоны лимит на экстренную стационарную помощь 5000 (пять тысяч) евро;
- 15) расходы, свыше 1000 (одной тысячи) условных единиц за весь период страхования, связанные с любыми заболеваниями желчевыводящих путей и состояниями/осложнениями, вызванные этими заболеваниями;
- 16) любые манипуляции (диагностические и хирургические) на сердце или сосудах, в том числе ангиография, ангиопластика коронарных сосудов, аортокоронарное шунтирование, стентирование, установка ИВР и т.д.;
- 17) расходы на любого рода трансплантации, имплантации и/или протезирование, в том числе эндопротезирование; расходы на оперативное вмешательство остеосинтез, остеопластику, реконструктивные операции, любые операции с использованием различных фиксаторов/металлоконструкций (штифтов, винтов, болтов, спиц, пластин, костных швов, дистракционно-компрессионных аппаратов и т.д.), операции по пересадке органов и тканей. Исключение: трансплантация кожи при ожогах, с целью спасения жизни Застрахованного;
- 18) диагностика и/или лечение циррозов печени, любых видов гепатитов и их последствий;
- 19) диагностика и/или лечение психических расстройств (шизофрении, депрессивных состояний, панических атак, делирия, истерические расстройства, нарушения сна, расстройства поведения и др);
- 20) диагностика и/или лечение заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ и СПИД, алкоголизма или наркомании, туберкулеза, сахарного диабета и их последствий;
- 21) диагностика и/или лечение инсульта, эпилепсии, судорожных приступов;
- Исключение:** фебрильные судороги у детей до 5 лет (при температуре тела 38,5 С и выше)
- 22) диагностика и/или лечение инфекционных и паразитарных заболеваний, требующих изолирования Застрахованного и/или госпитализации в инфекционный стационар, в том числе заболеваний, входящих в перечень социально значимых заболеваний, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих»; диагностика и лечение нейроинфекций, вируса атипичной пневмонии, геморрагических лихорадок, атипичных видов гриппа, вируса Коксаки, ветряной оспы и их последствий, независимо от клинической формы и стадии процесса;
- 23) расходы на пластические операции, косметологическую диагностику/лечение и любые другие виды диагностики/лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, хирургическое изменение пола, коррекцию веса/фигуры, диагностика/лечение ожирения или дистрофии;
- 24) диагностикой и/или лечением укусов кошек и собак, насекомых и клещей; ожогов любых морских животных/обитателей, ожоги/травмы, полученные от морских кораллов/ежей и морской растительности;

- 25) диагностика и лечение последствий прямого и/или косвенного воздействия солнечного, ультрафиолетового или иного типа излучения (солнечные ожоги, фотодерматит и т.д.), а так же грибковыми и дерматологическими заболеваниями, в том числе аллергическими (кроме отека Квинке/анафилактического шока) и пищевыми дерматитами, псориаз и его осложнения; врожденный ихтиоз, экзема, алопеция, атопический дерматит, нейродермит, витилиго, бородавки, угревая болезнь, демодекоз, а так же любые виды лишая, независимо от нозологии;
- 26) консультации и лечение, связанными с обструкцией слухового прохода серными пробками;
- 27) расходы на материалы для остеосинтеза/остеопластики; подбором, закупкой и ремонтом средств медицинской помощи (линз, очков, слуховых аппаратов, глюкометров, термометров, бандажей, костылей, инвалидных колясок, памперсов, ортезов, ортопедической обуви, компрессионных чулок и т.п.), а также наложение светоотверждаемого облегченного гипса;
- 28) стоматологическая помощь, за исключением экстренной помощи, указанной в разделе 4 настоящих Правил и Договоре;
- Покрытию не подлежат услуги ортодонтии и протезирования и расходы, связанные с осложнениями после указанных манипуляций.
- 29) расходы по вакцинации (плановой и при травмах); медицинские осмотры или уход, не связанные с острым заболеванием; профилактические осмотры, медицинские экспертизы, справки для учебных заведений и других учреждений; медицинские осмотры для выдачи разрешения на авиаперелет и др.;
- 30) хирургические вмешательства или лечение, которое может быть отложено до возвращения Застрахованного в Республику Казахстан и/или которое не было одобрено Ассистансом;
- 31) предоставление специальной отдельной палаты в медицинском учреждении (за исключением случаев, когда это предписано врачом Ассистанса), а также по предоставлению телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя и т.д.;
- 32) лечение и/или диагностика нетрадиционными методами (фитотерапия, гирудотерапия, гомеопатия, грязелечение, светолечение, лечение в барокамере, мануальная терапия, массаж, биорезонансной терапии и т.д.), восстановительное (реабилитационное) лечение, а также любые методы физиотерапевтического лечения;
- 33) предоставление услуг психотерапевта, диетолога, генетика, логопеда, косметолога, массажиста, парикмахера, стилиста, переводчика;
- 34) лечение и/или диагностика, осуществляемые лицами, не имеющими разрешения на занятие врачебной практикой или медицинским учреждением, не имеющими соответствующей лицензии;
- 35) расходам по оказанию помощи при несчастном случае, повлекшем травмы или заболевания Застрахованного лица, произошедшем в результате автотранспортной аварии, если:
- а) Застрахованное лицо управляло транспортным средством, не имея соответствующих водительских прав, или находилось в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием наркотиков или токсического опьянения;
 - б) Застрахованное лицо передало управление транспортным средством лицу, не имеющему соответствующих водительских прав;
 - в) Застрахованное лицо находилось в транспортном средстве (в качестве пассажира), управление которым осуществляло лицо, находящееся в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием наркотиков или токсического опьянения, кроме общественного транспорта;
- 36) лечение последствий любых видов массажа, SPA процедур, посещения сауны/бани;
- 37) компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), за исключением случаев, угрожающих жизни Застрахованного;

- 38) расходы, понесенные Застрахованным после окончания срока действия Договора, даже если страховой случай наступил во время действия Договора;
- 39) расходы на анализ ПЦР на COVID-19 при отрицательном результате. Расходы на анализ ПЦР возмещаются однократно при положительном результате.

11.5. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты, если:

- 1) Страхователь не произвел оплату страховой премии в срок, предусмотренный условиями Договора;
- 2) Лечение/получение медицинских услуг являлось целью поездки Застрахованного, а также в случае лечения/получения медицинских услуг в санаториях, лечебницах, домах отдыха и других организациях санаторно-курортного типа;
- 3) медицинская помощь была оказана Застрахованному врачом спортивной команды или обеспечена организаторами спортивных соревнований/сборов;
- 4) в отношении Застрахованного на момент заключения Договора уже была установлена инвалидность и/или утрата (полная или частичная) трудоспособности (общей или профессиональной) и/или профессиональное заболевание и это явилось непосредственной причиной обращения за медицинской помощью;
- 5) Застрахованный на момент заключения Договора уже находился на территории страхования;
- 6) Застрахованный не выполнил требование Страховщика пройти медицинское обследование и/или медицинское освидетельствование на алкогольное/наркотическое опьянение, и/или не предоставил результаты обследования/освидетельствования;
- 7) Застрахованный имеет болезнь COVID-19, входящий в перечень утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих». Исключение: если в Договоре выбрана цель поездки/категория – «COVID», а вышеперечисленные риски оплачены дополнительной страховой премией с учетом поправочного коэффициента.

11.6. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты также является следующее:

- 1) сообщение Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования (в т.ч. о состоянии здоровья), страховом риске, страховом случае и его последствиях;
- 2) несообщение Страхователем (Застрахованным) Страховщику об изменении вида деятельности, рода занятий Застрахованного, цели поездки, если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового случая;
- 3) умышленное непринятие Страхователем (Застрахованным) мер по уменьшению убытков от страхового случая;
- 4) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
- 5) диагностика и/или лечение, которое не подтверждено соответствующими документами согласно условиям Договора и/или если информация и документы, представленные Застрахованным лицом Страховщику с целью получения страховой выплаты или при заключении договора страхования, недостаточны, либо содержат неполные, недостоверные или заведомо ложные сведения о причинах и обстоятельствах страхового случая, а также видах и стоимости оказанных в связи со страховым случаем услуг;
- 6) неуведомление или несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая.

11.7. Страховщиком не покрываются:

- 1) моральный вред, потери Страхователя (Застрахованного), в том числе штрафы, пени, неустойка, судебные издержки, упущенная выгода и т. д.;

- 2) расходы прямо или косвенно вызванные конфискацией, национализацией, реквизицией, уничтожением, порчей имущества Застрахованного по приказу любого правительства, государственных или местных властей страны пребывания;
 - 3) консультации врача/любого медицинского персонала по телефону/видео-интернет связи.
 - 4) расходы на эвакуацию Застрахованного по собственному желанию/усмотрению или на основании предписания медицинских работников, но организованную самостоятельно Застрахованным, родственниками Застрахованного, либо любыми другими лицами без участия Ассистанса и/или письменного согласования со Страховщиком;
 - 5) расходы на эвакуацию в случае незначительных болезней или травм, которые поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного;
 - 6) расходы на покупку/обмен билетов авиа, ж/д и/или других транспортных компаний, осуществленных самостоятельно без участия Ассистанса;
 - 7) расходы на эвакуацию несовершеннолетних детей Застрахованного самостоятельно организованную близкими родственниками Застрахованного либо любыми другими лицами без участия Ассистанса и/или согласования со Страховщиком;
 - 8) расходы, связанные с транспортировкой (включая проживание и питание) несовершеннолетних детей Застрахованного из ближайшего к месту их проживания международного аэропорта до места их непосредственного проживания;
 - 9) расходы на транспортировку останков Застрахованного из ближайшего к месту захоронения международного аэропорта до места захоронения Застрахованного;
 - 10) расходы по репатриации тела Застрахованного организованной самостоятельно родственниками Застрахованного либо любыми другими лицами без участия Ассистанса и/или письменного согласования со Страховщиком;
 - 11) любые расходы на похороны Застрахованного в Республике Казахстан либо в стране, гражданство которой Застрахованный имел при жизни;
 - 12) расходы по оплате телефонных разговоров Страхователя (Застрахованного), не оговоренных в п.4.6., п.п. 3) настоящих Правил;
 - 13) расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным) при осуществлении перевода на русский или казахский языки, и/или нотариального заверения документов, необходимых Страховщику для принятия решения об осуществлении страховой выплаты;
 - 14) транспортные расходы Застрахованного на поездку из медицинского учреждения до места временного проживания на территории страхования;
 - 15) расходы, связанные со страховым случаем, если Застрахованный после вступления договора в силу, получил гражданство/вид на жительство территории страхования, указанной в договоре страхования.
- 11.8.** В случае если событие не может быть признано страховым случаем, в том числе произошедшее событие не соответствует признакам страхового случая, Страховщик направляет Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) письменный мотивированный отказ в осуществлении страховой выплаты в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов по основаниям, предусмотренным договором страхования и (или) законодательством Республики Казахстан.
- 11.9.** В случае несогласия с размером страховой выплаты или отказом Страховщика произвести страховую выплату, Страхователь/Выгодоприобретатель/Застрахованный имеет право обжаловать данное решение путем обращения к страховому омбудсману, в уполномоченный орган и (или) в суд.

12. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ ДУБЛИКАТА ДОГОВОРА

- 12.1.** Внесение изменений и дополнений в Договор производится по соглашению сторон на основании письменного заявления одной из сторон. С момента получения одной из сторон заявления до момента принятия решения, Договор действует на прежних условиях. Все изменения и дополнения к Договору имеют юридическую силу только при условии их письменного оформления и подписания уполномоченными представителями обеих сторон.
- 12.2.** Выписанный Договор через систему «INSY Travel» / «CRM» и аналогичные сторонние системы не подлежит переоформлению (расторгается и заключается новый).
- 12.2.1.** переоформление Договора, не вступившего в силу, осуществляется Страховщиком, при условии получения письменного заявления от Страхователя до начала срока действия Договора. При переоформлении Договора на новый срок действия Страховщик удерживает из уплаченной страховой премии расходы на бланк в размере 0,1 МРП. Страховщик осуществляет зачет страховой премии по первоначальному Договору, за вычетом 0,1 МРП, в счет оплаты страховой премии по новому Договору;
- 12.2.2.** переоформление Договора, вступившего в силу, осуществляется Страховщиком по всем рискам, предусмотренных настоящими Правилами, по письменному заявлению Страхователя, поступившему Страховщику после начала срока действия Договора. Страховщик производит удержание из уплаченной страховой премии следующих расходов:
- расходов на ведение дела, которые составляют до 14 календарных дней - 10%, после 14 календарных дней применяются - 15 % от общей суммы страховой премии;
 - части страховой премии, пропорциональной истекшему периоду действия Договора;
 - расходов на бланк в размере 0,1 МРП.
- После произведения вышеперечисленных вычетов, Страховщик осуществляет зачет оставшейся части страховой премии в счет оплаты страховой премии по новому Договору.
- При переоформлении Договора, в случае если:
- новый период страхования меньше (по количеству дней), чем период в первоначальном Договоре, Страховщик осуществляет возврат части страховой премии, с учетом вычетов, оговоренных в п.п. 12.2.1. и п.п.12.2.2., в сроки, установленные п. 13.6 настоящих Правил;
 - новый период страхования (по количеству дней) не изменился, Страхователь осуществляет оплату вычетов, оговоренных в п.п.12.2.1. и п.п.12.2.2.;
 - новый период страхования больше (по количеству дней), чем в первоначальном Договоре, Страхователь осуществляет оплату вычетов, оговоренных в п.п. 12.2.1 и п.п.12.2.2. и оплату разницы страховой премии, соответствующую увеличению срока страхования;
- 12.3.** По согласованию сторон Договор может быть пролонгирован на следующий срок при обязательном соблюдении следующих условий:
- отсутствие заявленных и/или оплаченных страховых случаев по Договору;
 - письменного уведомления Страховщика не менее чем за 5 (пять) календарных дней до даты окончания Договора.
- 12.4.** Оформление дубликата Договора осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Страхователя. Страховщик производит оформление дубликата Договора в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения заявления от Страхователя. При оформлении дубликата Договора Страховщик удерживает расходы на бланк в размере 0,1 МРП на текущий год.
- 12.5.** Страховщик вправе отказать в оформлении дубликата Договора, в случае подачи заявления после окончания срока действия Договора.

13. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ/РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

13.1. Действие Договора прекращается в следующих случаях:

- 1) неуплаты Страхователем страховой премии в размере и сроки, установленные Договором;
- 2) с момента регистрации убытия Застрахованного пограничной и/или таможенной службами на территории страхования (страны пребывания), указанной в Договоре, но не позднее окончания срока действия Договора;
- 3) по истечению срока действия Договора;
- 4) в случае досрочного прекращения Договора.

13.1.1. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если иное не предусмотрено Законом Республики Казахстан и Договором страхования.

13.2. Помимо общих оснований прекращения обязательств, а также оснований досрочного прекращения Договора, предусмотренных пунктом 1 статьи 841 ГК РК, Договор прекращается досрочно в случаях:

- 1) осуществления Страховщиком страховой выплаты в размере страховой суммы, указанной в Договоре;
- 2) невыполнения Страхователем обязанности 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, либо если Страхователь возражает против изменения условий Договора или доплаты страховой премии соразмерно увеличению степени риска;
- 3) расторжения Договора по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению Сторон.

13.3. Порядок и последствия досрочного прекращения Договора по основанию, предусмотренному пп.1) п.13.2 настоящих Правил:

13.3.1. В указанных случаях Договор считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для прекращения Договора, при этом уведомления о прекращении Договора не требуется.

13.3.2. При прекращении Договора по указанным основаниям уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

13.4. Порядок и последствия досрочного прекращения Договора по основаниям, предусмотренным пп.2) п.13.2. настоящих Правил:

13.4.1. В указанных случаях Договор считается прекращенным с момента возникновения обстоятельств, влекущих увеличение степени риска.

13.4.2. При этом Страховщик обязан уведомить Страхователя о прекращении Договора в течение 3 (трех) рабочих дней с даты:

- 1) когда Страховщику стало известно о невыполнении Страхователем обязанности сообщить об увеличении степени риска;
- 2) получения отказа Страхователя от внесения изменений в Договор или доплаты страховой премии;
- 3) истечения срока, установленного Договором для акцепта требований Страховщика изменить Договор и/или доплатить страховую премию.

13.4.3. При прекращении Договора по указанным основаниям уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

13.5. Порядок и последствия досрочного прекращения Договора по основаниям, предусмотренным пп.3) п.13.2. настоящих Правил:

- 13.5.1. Договор считается прекращенным со дня, следующего за поступлением Страховщику (Страхователю) письменного уведомления Страхователя (Страховщика) о расторжении или с даты вступления в силу соответствующего решения суда (если спор решался в судебном порядке), при этом о намерении расторжения Договора иницилирующая Сторона обязана уведомить другую Сторону не менее, чем за 1 (один) рабочий день до даты расторжения Договора.
- 13.5.2. При досрочном прекращении Договора страхования по заявлению Страхователя, до начала срока действия Договора Страховщик возвращает Страхователю 100% уплаченной страховой премии.
- 13.5.3. При досрочном прекращении Договора по заявлению Страхователя, поданному после начала срока действия Договора по заявлению Страхователя, если это не связано с обстоятельствами, указанными в п. 13.2., Страховщик осуществляет возврат части страховой премии, рассчитанной по формуле $((СП: N) * (N - n)) - (СП - (до 14 \text{ календарных дней} - 10\%, \text{ после } 14 \text{ календарных дней применяются } -15 \% * СП))$ где:
СП - страховая премия по Договору;
N - срок действия Договора в днях;
n - истекший период действия Договора в днях.
- 13.5.4. В случаях, когда досрочное прекращение Договора вызвано невыполнением/ненадлежащим выполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возратить Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью.
- 13.5.5. В случаях, когда досрочное прекращение Договора вызвано невыполнением/ненадлежащим выполнением его условий по вине Страхователя, уплаченные Страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату.
- 13.5.6. При отказе страхователя-физического лица от договора страхования, в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения Страховщик обязан возратить 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, которые составляют 10 % от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).
- 13.6. Часть страховой премии, подлежащая возврату в соответствии с вышеперечисленными пунктами настоящей статьи, уплачивается Страховщиком единовременным платежом в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней, с момента поступления Страховщику заявления о расторжении Договора.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 14.1. Любые споры и/или разногласия, возникающие из Договора или в связи с ним, разрешаются посредством переговоров.
- 14.2. В случае не достижения договоренности сторонами, споры и/или разногласия подлежат урегулированию в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Казахстан, в суде по месту нахождения Страховщика.
- 14.3. Договором может быть предусмотрен иной порядок разрешения споров, не противоречащий законодательству Республики Казахстан.

15. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 15.1. По соглашению сторон в заключаемый в соответствии с настоящими Правилами в Договор могут быть включены особые условия (страховые оговорки, определения, исключения и т.п.), не противоречащие законодательству Республики Казахстан.
- 15.2. Двойное страхование:

- 1) Двойное страхование – это страхование одного и того же объекта у нескольких страховщиков или у одного страховщика по самостоятельным договорам страхования с каждым из них.
 - 2) При двойном страховании страховщик несет перед выгодоприобретателем имущественную ответственность в пределах заключенного со страхователем договора страхования, однако общая сумма страховых выплат, полученная выгодоприобретателем от всех страховщиков/ или страховых продуктов у одного страховщика, не может превышать реального ущерба.
 - 3) При двойном страховании, после наступления страхового случая, страхователь/застрахованный обязан предоставить страховщику все сведения, касающиеся урегулирования вопроса страховой выплаты в иных страховых компаниях, в том числе сведения о размерах страховой выплаты, полученных от иных страховых компаний.
 - 4) При двойном страховании страховщик вправе выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, совместно с другими страховыми организациями или осуществить выплату только по одному страховому продукту.
- 15.3.** Своей подписью Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованного (Выгодоприобретателя) на сбор, обработку, хранение и передачи Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Страхователя, Застрахованного (Выгодоприобретателя) согласно Закону Республики Казахстан №94-V «О персональных данных и их защите», включая согласие:
- 1) на получение Страховщиком данных с Акционерного общества «Государственное кредитное бюро» (далее – Бюро);
 - 2) на предоставление владельцами государственных баз данных Бюро информации о Страхователе (Застрахованном, Выгодоприобретателе) напрямую или через третьих лиц;
 - 3) на предоставление юридическим лицом, осуществляющим по решению Правительства Республики Казахстан деятельность по оказанию государственных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан, имеющейся и поступающей в будущем информации о Страхователе, Застрахованном (Выгодоприобретателе) Бюро и Страховщику посредством Бюро;
 - 4) на трансграничную передачу персональных данных и на передачу персональных данных третьим лицам;
 - 5) на раскрытие Страховщиком тайны страхования, в соответствии с п. 4 ст. 830 Гражданского кодекса Республики Казахстан, следующим лицам: АО «Компания по страхованию жизни «Nomad Life» и ТОО «Nomad Digital Financial Services», для реализации целей деятельности Страховщика в целом.
- 15.4.** Срок хранения персональных данных определяется Страховщиком до минования надобности в дальнейшем хранении персональных данных. Использование персональных данных осуществляется в целях исполнения Страховщиком либо третьим лицом условий Договора и/или законодательства Республики Казахстан, а также для реализации целей деятельности Страховщика в целом.
- 15.5.** Страхователь обязан истребовать у Застрахованного (Выгодоприобретателя) письменное согласие на сбор и обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Застрахованного (Выгодоприобретателя), включая согласие перечисленное в пп. 1)-5) п. 15.3.
- 15.6.** Страхователь несет ответственность за отсутствие согласия Застрахованного (Выгодоприобретателя) на сбор и обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Застрахованного (Выгодоприобретателя), включая согласие перечисленное в пп. 1)-5) п. 15.3.