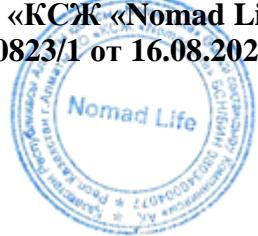


	Экземпляр № 1	Издание 1
Пр-ДКС-04 Правила добровольного страхования жизни с телемедициной	Введено в действие с «01» сентября 2023 г.	стр. 1 из 20

Утверждены решением
Совета директоров
АО «КСЖ «Nomad Life»
№160823/1 от 16.08.2023 г.



С изменениями от 27.03.2025г. (O)
С изменениями от 28.08.2025г. (O)

**Правила
добровольного страхования жизни с телемедициной**

Пр-ДКС-04

г. Алматы

Глава 1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (далее – Правила) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан (далее – ГК РК), Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности» (далее – Закон) и другими нормативными правовыми актами Республики Казахстан и содержат типовые условия заключения договора страхования.

1.2. Правила определяют порядок и условия осуществления страхования жизни, на случай болезни и от несчастных случаев заемщиков банков и иных кредитных организаций.

1.3. При заключении договора страхования данный договор страхования считается заключенным страхователем на предложенных страховщиком условиях с даты уплаты страхователем страховой премии в соответствии с п. 5.1. Правил.

Глава 2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах

В Правилах используются следующие основные понятия:

1) **Страховщик** – лицо, осуществляющее страхование, то есть обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).

Страховщиком может быть только юридическое лицо, зарегистрированное в качестве страховой организации и имеющее лицензию на право осуществления страховой деятельности.

Применительно к Правилам Страховщик – акционерное общество «Компания по страхованию жизни «Nomad Life».

2) **Кредитная организация** – банк, организация, осуществляющая отдельные виды банковских операций - имеющая лицензию уполномоченного государственного органа на предоставление займов в денежной форме либо иная организация, имеющая право на предоставление кредитов в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

3) **Страхователь** – лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком.

4) **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Застрахованным в соответствии с Правилами является заемщик – клиент банка либо иной кредитной организации, заключивший с ней Договор займа. Возраст Застрахованного по истечении срока действия страховой защиты не должен превышать 70 лет, если иное не установлено договором страхования.

5) **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты.

6) **Договор займа** – соглашение, согласно которому одна сторона (займодатель) передает или обязуется передать другой стороне (заемщику) деньги, а заемщик обязуется своевременно возвратить займодателю такую же сумму с выплатой вознаграждения, в размере, порядке и сроках, определенных Договором займа.

7) **Договор страхования** - сделка, основанная на согласованной воле двух сторон, в соответствии с которой одна сторона (страхователь) обязуется уплатить страховую премию, а другая сторона (страховщик) обязуется при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).

8) **Страховой полис** – письменная форма заключения договора страхования путем присоединения страхователя к правилам страхования, разработанным страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и оформления страховщиком страхователю страхового полиса.

9) **Страховая сумма** - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.

10) **Страховая премия** - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Страхователю (Выгодоприобретателю) в размере, порядке и сроках, определенных Договором страхования.

11) **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Страхователю (Выгодоприобретателю) в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая, определенного в Договоре страхования.

12) **Страховой случай** - событие, с наступлением которого Договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты.

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

Под несчастным случаем понимается также противоправное действие третьих лиц в отношении Застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью,увечье либо смерть Застрахованного.

Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания).

14) **Инвалидность** – степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, устанавливаемая уполномоченным государственным органом в области социальной защиты населения.

15) **Объект страхования** – объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Застрахованного (заемщика), связанные с причинением вреда его жизни и здоровью в результате несчастного случая, а также в связи с заболеванием или иным расстройством здоровья.

16) **Ассистанс** – юридическое лицо, которое на основании Договора со Страховщиком принимает на себя обязательство от имени Страховщика осуществлять организацию, координацию, учет и контроль предоставления Застрахованным дистанционных медицинских услуг, предусмотренные договором страхования и медицинской программой страхования, а также контроль за надлежащим качеством и объемом предоставляемой медицинской помощи.

17) **Дистанционные медицинские услуги (телемедицина)** – предоставление медицинских услуг в целях диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок посредством цифровых технологий, обеспечивающее дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с Застрахованными, идентификацию указанных лиц, а также документирование совершаемых ими действий.

18) **Сервис** - онлайн-сервис/платформа для предоставления Застрахованным дистанционной медицинской услуги врачами Медицинских организаций в режиме реального времени с использованием персонального компьютера и (или) мобильного устройства, с помощью сайта и приложения для мобильных устройств.

19) **Медицинская программа страхования** – перечень и порядок оказания Застрахованному дистанционных медицинских услуг в рамках договора страхования и Правил.

20) **Медицинская организация** - юридическое лицо, обладающее необходимыми в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан или иных государств лицензиями и иного рода разрешениями на осуществление необходимых видов медицинской деятельности, заключившее договор с Ассистансом и оказывающее услуги

Застрахованным. Медицинские организации образуют Медицинскую сеть Ассистанса. К медицинским организациям, зарегистрированным на территории иных государств, для осуществления медицинской деятельность применяются соответствующие законодательные требования страны регистрации.

21) **Врач** - специалист с зарегистрированным высшим медицинским образованием, имеющий сертификат специалиста по соответствующей специальности (педиатр, терапевт или узкопрофильный специалист), осуществляющие медицинскую деятельность в составе соответствующей Медицинской организации и оказывающий медицинскую помощь Застрахованному с использованием Сервиса.

22) **Медицинская помощь** - комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, поддержание и восстановление здоровья Застрахованного;

23) **Заболевание** – нарушение нормальной жизнедеятельности органов или систем организма Застрахованного, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями.

Глава 3. Перечень страховых случаев

3.1. Перечень страховых случаев определяется Договором страхования. В соответствии с Правилами страховым случаем по Договору страхования, за исключением ограничений, указанных в Главе 8 Правил, может быть:

1) смерть Застрахованного, наступившая в период действия страховой защиты, в том числе по причине острой инфекции дыхательных путей и/или коронавирусной инфекции Covid-19;

2) установление Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая произошедшего в период действия страховой защиты;

3) заболевание или иное расстройство здоровья Застрахованного.

3.2. Событие, указанное в п. 3.1. настоящей главы признается страховым случаем, только если оно произошло в период действия Договора страхования и непосредственно повлекло наступление смерти Застрахованного, установление Застрахованному инвалидности либо заболевание или иное расстройство здоровья Застрахованного.

Глава 4. Порядок заключения Договора страхования

4.1. Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с Правилами.

4.2. Договор страхования заключается путем присоединения Страхователя к Правилам, которые разработаны Страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и оформления Страховщиком Страхователю страхового полиса.

Договор страхования заключается:

1) на бумажном носителе - на основании заявления, подписанного Страхователем;

2) в электронной форме путем обмена электронными информационными ресурсами между Страхователем и Страховщиком, Страховой полис формируется на интернет-ресурсе партнера и (или) Страховщика. При заключении Договора страхования в электронной форме - страховой полис оформляется на основании заполненного Страхователем заявления на страхование в электронной форме, содержащего в том числе:

- согласие Страхователя на сбор и обработку персональных данных;

- согласие об ознакомлении с условиями Правил, в том числе с суммой страховой премии по Страховому полису;

- согласие Страхователя на предоставление информации третьими лицами в связи с необходимостью заключения договора страхования, а также при наступлении страховых событий и/или страховых случаев для принятия решения об осуществлении либо об отказе в осуществлении страховой выплаты.

В случае, если Застрахованный не совпадает со Страхователем, то Договор страхования заключается с согласия Застрахованного на основании предоставленного Страхователем Страховщику заявления на страхование по форме, установленной Страховщиком, с приложением документа, удостоверяющего личность Страхователя, Застрахованного и Выгодоприобретателя. В данном случае Договор страхования не может быть оформлен электронным способом.

4.3. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить в заявлении на страхование известные ему сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Существенными признаются сведения, определено указанные в заявлении на страхование.

4.4. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 4.3. Правил, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь (Застрахованный), уже отпали.

4.5. Если Договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя (Застрахованного) на какие-либо вопросы Страховщика, последний не может впоследствии требовать расторжения Договора страхования либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем (Застрахованным).

4.6. Договор страхования не заключается с лицами: указанными в перечне террористов и (или) ФРОМУ¹, отбывающими наказание за совершение уголовных преступлений в исправительно-трудовых учреждениях, с лицами находящимися в СИЗО² под следствием, с группой инвалидности, страдающими системными, психическими расстройствами и расстройствами поведения, онкологическими, тяжелыми неврологическими заболеваниями или заболеваниями системы кровообращения, сахарным диабетом, СПИДом, являющимися носителями ВИЧ-инфекции, достигшими возраста 70 (семьдесят) лет или возраст которых достигнет 70 лет в период действия договора страхования.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования заключен с лицом, указанным в данном пункте, Страховщик вправе досрочно расторгнуть договор страхования и осуществить возврат Страхователю уплаченной им страховой премии.

При совпадении Застрахованного с перечнем террористов и (или) ФРОМУ, страховые премии не подлежат возврату.

4.7. После вступления Договора страхования в силу заявление на страхование, приложения к Договору страхования (при наличии) и иные документы, указанные в Правилах, будут являться неотъемлемой частью Договора страхования.

Глава 5. Срок и место действия договора страхования

5.1. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для сторон с даты, установленной Договором страхования. Срок действия Договора страхования и срок страховой защиты по Договору страхования указываются в Договоре.

5.2. Договор страхования действует в течение срока, указанного в нем (в оформленном Страховщиком Страховом полисе, и прекращает свое действие с момента осуществления страховой выплаты (выплат) по первому наступившему страховому случаю

¹ ФРОМУ - Перечень организаций или физических лиц, в отношении которых имеются сведения об их причастности к финансированию распространения оружия массового уничтожения.

² СИЗО – следственный изолятор.

и исполнением в связи с этим обязательств сторон по данному договору либо истечением срока его действия.

5.3. Договор страхования может действовать как на территории Республики Казахстан, так и за ее пределами, а именно:

Весь мир, за исключением следующих территорий:

- территории государств, в пределах которых ведутся военные действия, террористические акты и (или) антитеррористические операции;
- государства, в отношении которых применены военные санкции;
- территории, в пределах которых обнаружены и признаны очаги эпидемий;
- территории государств, выезд в которые официально не рекомендован МИД Республики Казахстан.

5.4. Датой заключения договора страхования является дата, указанная в договоре страхования.

Глава 6. Страховая премия и порядок её оплаты

6.1. Страховая премия уплачивается Страхователем на условиях, предусмотренных Правилами после ознакомления страхователя с условиями Правил.

6.2. Страховая премия уплачивается единовременно не позднее даты заключения договора страхования.

6.3. Оплатив страховую премию Страхователь тем самым подтверждает:

- свое ознакомление и согласие с условиями настоящих Правил;
- свое согласие Страховщику на сбор, обработку и предоставление информации о нем, содержащей сведения, относимые к его персональным данным, в организацию по формированию и ведению базы данных с государственным участием, с которой поставщиком информации заключен договор о предоставлении информации;
- свое согласие Страховщику на выдачу страхового отчёта о нем, в том числе содержащего сведения, относимые к своим персональным данным, из организации по формированию и ведению базы данных с государственным участием, включая данные, которые поступят в будущем;
- свое согласие с тем, что предоставленные сведения для заключения договора страхования будут являться неотъемлемой частью страхового полиса, и если какое-либо сведение будет заведомо ложным, Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты.

Глава 7. Страховая сумма. Размер, порядок и условия осуществления страховой выплаты

7.1. Размер страховой суммы определяется на основании предоставленного Страхователем Страховщику заявления на страхование и указывается в Договоре страхования.

7.2. Размер страховой выплаты не может превышать размера страховой суммы по Договору страхования. При этом суммы вознаграждения за пользования займом, пени, неустоек, штрафов за неуплату или несвоевременную уплату Застрахованным платежей по Договору займа в размер страховой выплаты не включаются.

7.3. При наступлении страхового случая смерть Застрахованного с учетом ограничений, указанных в Главе 8 Правил страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю единовременно в размере фактической задолженности по основному долгу Застрахованного перед Кредитной организацией на дату смерти, но не свыше размера страховой суммы, указанной в Договоре страхования.

7.4. При наступлении страхового случая установление Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая с учетом ограничений, указанных в Главе 8 Правил на определенный срок, страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю в течение установленного Застрахованному срока

инвалидности в виде периодических платежей, размер и порядок выплаты которых соответствует графику платежей по основному долгу по Договору займа, заключенному между Застрахованным и Банком, но не более срока действия договора страхования. Совокупный размер страховых выплат не должен превышать размеров установленных Договором страхования.

7.5. Страховщик вправе в любое время заменить осуществление страховой выплаты в виде периодических платежей на единовременную страховую выплату, размер которой соответствует суммарному значению страховых выплат, подлежащих выплате согласно 7.4. настоящей статьи, на срок, не превышающий срок инвалидности, установленной Застрахованному.

7.6. В случае установления/продления Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая бессрочно, страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю единовременно, в размере, указанном в пункте 7.4. настоящей статьи, но не превышающем размера фактической задолженности по основному долгу Застрахованного перед Банком на дату установления Застрахованному инвалидности.

7.7. В случае переосвидетельствования Застрахованного, Страховщик продолжает осуществление страховых выплат в течение нового срока инвалидности в порядке, установленном настоящей главой.

При этом, размер страховой выплаты, с учетом ранее выплаченных сумм, суммарно не может превышать совокупного размера страховых выплат предусмотренных в пункте 7.4. настоящей главы.

7.8. **Предельный срок рассмотрения документов и осуществление страховой выплаты либо принятие решение об отказе в осуществлении страховой выплаты принимается в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов.** 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 страховая выплата осуществляется в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней с даты предельного срока рассмотрения документов на осуществление страховой выплаты. При переосвидетельствовании Застрахованного Страховщик не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты получения заявления об осуществлении страховой выплаты, с приложением справки о продлении срока инвалидности Застрахованного, принимает решение о продолжении осуществления страховой выплаты или отказе в ней.

Страховщик вправе проверять информацию по страховым случаям и при необходимости направлять запросы в соответствующие уполномоченные органы, в этом случае принятие решения об осуществлении страховой выплаты либо отказе в ней приостанавливается до получения ответа уполномоченного органа.

7.9. **Страховая выплата осуществляется путём перечисления денежных средств на банковский счёт Выгодоприобретателя (-ей).**

7.10. Решение об отказе сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа и уведомлением о праве Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) на подачу обращения к Страховщику в случае несогласия с размером страховой выплаты или отказом в страховой выплате, а также на обращение к страховому омбудсману, в уполномоченный орган и (или) в суд для защиты своих прав.

7.11. Страховщик вправе прекратить осуществление страховой выплаты, о чем уведомляет Страхователя, Застрахованного и Выгодоприобретателя, в случае реабилитации Застрахованного и прекращения у него инвалидности.

7.12. Страховая выплата по страховому случаю, связанному с заболеванием или иным расстройством здоровья Застрахованного осуществляется Страховщиком в виде

предоставления Застрахованному доступа к сервису Ассистанса и оплаты стоимости услуг Ассистанса за предоставление доступа Застрахованного к дистанционным медицинским услугам (телемедицине).

Размер страховой суммы по договору страхования уменьшается на размер страховой выплаты, произведенной Страховщиком по страховому случаю «заболевание или иное расстройство здоровья Застрахованного».

Глава 8. Исключение из страховых случаев и ограничение страхования

8.1. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты по основаниям, предусмотренным Правилами и договором страхования, а также если событие, имеющие признаки страхового случая, наступило прямо или косвенно вследствие:

- 1) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 2) военных действий;
- 3) гражданской войны, народных волнений всякого рода, террористических актов, массовых беспорядков или забастовок;
- 4) умышленных действий Страхователя, Застрахованного и/или Выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательством Республики Казахстан направленными на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
- 5) действий Страхователя, Застрахованного и/или Выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;
- 6) задержания, ареста или заключения Застрахованного, или во время отбытия им срока лишения свободы (при наличии подтверждающих документов);
- 7) алкоголизма, состояния алкогольного опьянения, в том числе управления транспортным средством в состоянии алкогольного/наркотического/токсического опьянения, употребления Застрахованным наркотических средств или психоактивных веществ, за исключением употребления лекарств, предписанных квалифицированным врачом медицинского учреждения (при наличии заключения соответствующих органов);
- 8) занятий Застрахованным профессиональным спортом или опасными видами спорта (зимние, подводные, конные, авиационные, силовые виды спорта, парашютный и горнолыжные виды спорта, скалолазание, альпинизм, дельтапланеризм, боевые единоборства, охота, лодочные гонки по бурным потокам) либо тренировок такого типа;
- 9) участия в мероприятиях, связанных с гонками, испытаниями, включая тренировочные поездки, в качестве водителя, второго водителя или пассажира моторизованного транспортного средства, целью которых является достижение максимальной скорости;
- 10) участия в различных мероприятиях (соревнованиях, шоу-программах), выполнения трюков или тренировок, связанных с риском для жизни;
- 11) полета на летательных аппаратах, в том числе дельтапланах, парашютах, за исключением полета в качестве пассажира на пассажирских воздушных судах лицензируемой авиакомпании;
- 12) умышленного причинения Застрахованным самому себе телесных повреждений (при наличии подтверждающих документов);
- 13) самоубийства Застрахованного (попытки самоубийства), если к этому времени Договор страхования действовал менее двух лет;
- 14) исполнения Застрахованным трудовых (служебных) обязанностей, связанных с риском для жизни и здоровья, в химической, биологической, горнодобывающей, нефтегазодобывающей, металлургической промышленностях, в том числе связанных с

производством готовых металлических изделий, с работой на высоте и других отраслях повышенной опасности (подрывники, водолазы, летный состав, электрики высоковольтных линий, работники службы пожаротушения, службы безопасности, кадровые работники национальной безопасности, а также военнослужащие и полицейские);

15) приведших к смерти вследствие: любых форм острых, хронических и/или наследственных заболеваний системы кровообращения, нервной систем, психических заболеваний, системных заболеваний, сахарного диабета и их осложнений, заболеваний печени и/или почек с хронической печеночной и/или почечной недостаточностью, варикозного расширения вен пищевода, любых онкологических заболеваний, гипогликемических состояний и тиреотоксикоза, туберкулеза, имевших место на момент заключения Договора страхования или установленных в течение первых 3 (трех) месяцев с даты начала срока действия Договора страхования, а также любого острого состояния/заболевания, возникшего на фоне сахарного диабета, имевшегося на момент приема на страхование;

16) любых форм острых, хронических и (или) наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт, прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией и (или) патологией в результате развития заболевания), грыж и (или) иных расстройств здоровья Застрахованного, приведших к установлению инвалидности.

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

1) сообщения Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений о Застрахованном, его состоянии здоровья, страховом риске, страховом случае и его последствиях (при наличии подтверждающих документов);

2) воспрепятствования Страхователем Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая;

3) неуведомления Страховщика о наступлении страхового случая в течение 60 (шестидесяти) календарных дней со дня его наступления, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая;

4) если несчастный случай с Застрахованным произошел в период, когда страховая защита по Договору страхования не действовала.

5) если при заключении договора страхования Застрахованный скрыл сведения, предусмотренные в пункте 4.6. Правил, независимо от причин наступления страхового случая;

6) не предоставление Страховщику документов, подтверждающих причину смерти Застрахованного, и (или) не установление причины смерти Застрахованного, в том числе отказ от проведения патологоанатомического вскрытия на основании письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни, за исключением случаев, когда в судебном порядке установлен факт смерти Застрахованного лица (судом признан умершим).

8.3. Заключение Договора страхования с лицом, указанным в пункте 4.6. Правил не влечет за собой обязательств Страховщика в части предоставления страховой защиты и осуществления страховой выплаты при наступлении страхового случая в отношении такого лица и является основанием для отказа Страховщиком в осуществлении страховой выплаты.

8.4. Помимо исключений, указанных в настоящей статье, основанием для освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты является установление Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы вследствие любого острого или хронического заболевания и (или) иного расстройства здоровья Застрахованного.

8.5. Не признаются страховыми случаем расходы Застрахованного в связи с заболеванием или иным расстройством здоровья, не предусмотренных Медицинской программой страхования (Приложение № 1 к Правилам), или в результате обращения за

получением медицинских дистанционных услуг (телемедицина) в период, когда страховая защита по договору страхования не действовала.

Глава 9. Действия Страхователя (Застрахованного/ Выгодоприобретателя) при наступлении страхового случая

9.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, Страхователь / Застрахованный / Выгодоприобретатель обязан письменно уведомить Страховщика в течение 60 (шестидесяти) календарных дней с даты наступления страхового случая.

9.2. Страховщик обязан незамедлительно зарегистрировать уведомление о страховом случае и предоставить заявителю:

1) форму заявления о страховой выплате вместе с информацией о том, как выполнить условия Договора страхования и требования Страховщика;

2) список документов на осуществление страховой выплаты.

9.3. При наступлении страхового случая – установление инвалидности Застрахованному, Застрахованный обязан:

1) по требованию Страховщика дать письменное согласие Страховщику либо врачам, медицинским учреждениям и иным лицам о выдаче Страховщику по его запросу необходимых для расследования обстоятельств наступления страхового случая документов;

2) предоставлять Страховщику справку об установлении (присвоении) Застрахованному инвалидности, в течение 10 (десяти) календарных дней после освидетельствования/переосвидетельствования Застрахованного;

3) *исключено*.

9.4. Страхователь, Застрахованный и Выгодоприобретатель обязаны содействовать Страховщику в расследовании обстоятельств страхового случая, а также предоставлять Страховщику достоверную информацию и необходимые документы касательно страхового риска, страхового случая и его последствий в течение всего срока действия Договора страхования.

9.5. При наступлении страхового случая в связи заболеванием или иным расстройством здоровья Застрахованный обращается в Сервис с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени. Доступ к Сервису предоставляется Застрахованному с момента начала страховой защиты по договору страхования.

Объем, условия и порядок предоставления Застрахованному дистанционных медицинских услуг (телемедицина) определены Медицинской программой страхования, которая является неотъемлемой частью Правил (Приложение № 1 к Правилам).

Глава 10. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая

10.1. При наступлении страхового случая смерть Застрахованного Страховщику должны быть представлены заявление о страховой выплате (с указанием домашнего адреса, контактных телефонов и банковских реквизитов Выгодоприобретателей) с приложением следующих документов:

1) копию Договора займа с графиком погашения по Договору займа и оригинал документа (справка или письмо Кредитной организации), содержащий информацию о размере фактической задолженности по основному долгу Застрахованного по Договору займа на дату смерти;

2) копию свидетельства о смерти Застрахованного, выданного органами ЗАГС или справку о смерти, полученную на портале eGov.kz;

3) копию врачебного свидетельства о смерти Застрахованного (с указанием причины смерти);

4) документ соответствующего уполномоченного органа (копию постановления о возбуждении либо об отказе в возбуждении уголовного и/или административного дела, приостановлении или прекращении уголовного и/или административного дела), решение/приговор суда, акт о несчастном случае на производстве, составляемый работодателем, заключение пожарных служб и т.п.), к компетенции которого относится подтверждение факта наступления несчастного случая, уточнение наступивших последствий, а также причинно-следственной связи между ними;

5) копию заключения патологоанатомической (судебно-медицинской) экспертизы о причинах смерти;

6) документы Выгодоприобретателя, подтверждающие его право на получение страховой выплаты, а именно: оригинал или нотариально удостоверенная копия свидетельства о наследстве, копия удостоверения личности Выгодоприобретателя.

10.2. При наступлении страхового случая - установление Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая, заявитель предоставляет Страховщику заявление о страховой выплате (с указанием домашнего адреса, контактных телефонов и банковских реквизитов Выгодоприобретателя) с приложением следующих документов:

1) копию Договора займа, график погашения по Договору займа и оригинал документа (справка или письмо кредитной организации), содержащий информацию о размере фактической задолженности по основному долгу Застрахованного по Договору займа на дату установления Застрахованному инвалидности;

2) копию удостоверения личности Выгодоприобретателя;

3) копию справки уполномоченного органа об установлении инвалидности Застрахованному;

4) копию заключения врачебно-консультационной комиссии с указанием приведшего к инвалидности диагноза, установленного Застрахованному;

5) выписку из истории болезни или амбулаторной карты, заверенную подписью уполномоченного лица и печатью медицинского учреждения;

6) документ соответствующего уполномоченного органа (копию постановления о возбуждении либо об отказе в возбуждении уголовного и/или административного дела, приостановлении или прекращении уголовного и/или административного дела, решение/приговор суда, акт о несчастном случае на производстве, составляемый работодателем, заключение пожарных служб и т.п.), к компетенции которого относится подтверждение факта наступления несчастного случая, уточнение наступивших последствий, а также причинно-следственной связи между ними.

10.3. Страховщик обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения документов уведомить заявителя о недостающих документах для осуществления страховой выплаты.

10.4. Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов или мотивированно запросить у заявителя дополнительные документы, если с учетом конкретных обстоятельств их отсутствие делает невозможным установление факта наступления страхового случая.

10.5. Если по факту страхового случая возбуждено уголовное дело, то Страховщик имеет право отложить осуществление страховой выплаты до принятия решения уполномоченным органом, о чем уведомляет в письменной форме заявителя.

10.6. Документы, относящиеся к страховому случаю, должны быть предоставлены Страховщику на казахском или русском языке либо на языке оригинала с нотариально заверенным переводом на казахский или русский языки.

Глава 11. Права и обязанности сторон

11.1. Страховщик имеет право:

1) на документальное подтверждение наступления страхового случая;

2) на досрочное расторжение Договора страхования в случае неисполнения Страхователем своих обязанностей в случаях, предусмотренных Правилами страхования;

3) с момента уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, в период действия Договора страхования потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты страховой премии соразмерно увеличению степени риска. Если Страхователь возражает против такого изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования. При этом Договор страхования считается расторгнутым по истечении месяца со дня направления уведомления;

4) при наступлении страхового случая установление Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая на определенный срок, требовать справку о состоянии здоровья Застрахованного и результаты его переосвидетельствования, а также не чаще одного раза в год проводить за свой счет (за исключением транспортных расходов) медицинское обследование Застрахованного в медицинском учреждении, обозначенным Страховщиком, в том числе для проверки группы инвалидности, установленной уполномоченным государственным органом, для подтверждения нетрудоспособности Застрахованного и невозможности самостоятельно исполнять обязательства перед кредитной организацией;

5) запросить документы, подтверждающие платежеспособность Страхователя;

6) проверять предоставленную Страхователем (Застрахованным /Выгодоприобретателем) информацию, имеющую отношение к страхованию и страховому случаю по Договору страхования и при необходимости направлять запросы в соответствующие уполномоченные органы, о чем письменно уведомляется заявитель;

7) самостоятельно выяснить причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, в том числе запрашивать у соответствующих организаций, исходя из их компетенции, документы, имеющие отношение к страховому случаю или подтверждающие факт наступления страхового случая.

11.2. Страхователь имеет право:

- 1) на своевременное получение Договора страхования;
- 2) на тайну страхования;
- 3) на своевременное осуществление страховой выплаты Выгодоприобретателю;
- 4) на получение пени за просрочку страховой выплаты (пеня начисляется за каждый день просрочки в размере ставки рефинансирования, установленного Национальным Банком Республики Казахстан на день уплаты пени);
- 5) ознакомиться с Правилами и получить их копию по требованию.

11.3. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить Страхователя с Правилами, включая Медицинскую программу страхования;
- 2) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные в Договоре страхования;
- 3) обеспечить тайну страхования;
- 4) не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан;
- 5) любые извещения, заявления, требования, уведомления, объяснения, относящиеся к Договору страхования, выполнять в письменной форме и передавать другой стороне непосредственно или направлять способом, позволяющим подтвердить его отправку;
- 6) предоставить Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) информацию о предельном сроке рассмотрения документов и осуществления страховой выплаты после представления всех необходимых документов.

11.4. Страхователь обязан:

- 1) уплачивать страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Правилами и Договором страхования;
- 2) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки вероятности наступления страхового случая, в соответствии с заявлением на страхование и вопросником, а также направленные по запросу Страховщика, при этом незамедлительно сообщать обо всех фактах, способных увеличить страховой риск после заключения Договора страхования;
- 3) письменно уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в течение 60 (шестидесяти) календарных дней со дня его наступления;
- 4) при наступлении страхового случая, предусмотренного пунктом 7.4. Главы 7 Правил, предоставлять Страховщику справку о состоянии здоровья Застрахованного и результаты его переосвидетельствования, а также не чаще одного раза в год проходить медицинское обследование в медицинском учреждении, обозначенным Страховщиком, в том числе для проверки группы инвалидности, установленной уполномоченным государственным органом;
- 5) при изменении места нахождения или местожительства Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя в десятидневный срок сообщить их адрес Страховщику. В противном случае любое уведомление Страховщика, направленное по адресу предыдущего местонахождения или местожительства, будет считаться сторонами выполненным (действительным);
- 6) если места нахождения или местожительство Страхователя или Застрахованного находится за пределами Республики Казахстан, указать Страховщику доверенное в Республике Казахстан лицо, ответственное за доставку корреспонденции Страхователю или Застрахованному;
- 7) любые извещения, заявления, требования, уведомления, объяснения, относящиеся к Договору страхования, выполнять в письменной форме и передавать другой стороне непосредственно или направлять способом, позволяющим подтвердить его отправку.

Глава 12. Условия прекращения Договора страхования

12.1. Возврат страховой премии при ликвидации Страховщика осуществляется в соответствии с очередностью удовлетворения требований кредиторов, установленной законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.

12.2. Договор страхования прекращается в следующих случаях:

- 1) по истечении срока действия Договора страхования;
- 2) осуществления Страховщиком страховой выплаты (страховых выплат) в пределах установленной по Договору страхования страховой суммы;
- 3) в случаях досрочного прекращения в соответствии с требованиями статьи 841, 842 ГК РК;
- 4) расторжения Договора страхования по инициативе одной из сторон или по соглашению сторон.

12.3. Договор страхования может быть досрочно расторгнут до истечения срока его действия по инициативе одной из сторон Договора страхования:

- 1) по заявлению Страхователя - в любое время;
- 2) по требованию Страховщика - в связи с неисполнением Страхователем своих обязанностей по Договору страхования.

В обоих случаях уплаченная Страхователем страховая премия не подлежит возврату.

12.4. В случаях, когда досрочное прекращение Договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возвратить Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью

12.5. Страхователь вправе в связи с досрочным погашением займа расторгнуть Договор страхования до окончания срока действия страховой защиты. В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование и на возмещение расходов, понесённых на ведение дела в размере, определённом Договором страхования, но не более 10 процентов от суммы страховой премии, оплаченной Страхователем. Применительно к настоящему пункту расчёт части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю, производится с даты досрочного погашения займа, о чём Страхователь должен незамедлительно (в день погашения займа, но не позднее даты окончания срока действия Страхового полиса) уведомить Страховщика.

Иные основания для расторжения Страхового полиса, а также порядок его осуществления, предусмотрены Правилами страхования и законодательством Республики Казахстан.

Глава 13. Дополнительные положения

13.1. Все изменения и дополнения в Договор страхования вносятся в порядке, предусмотренном Правилами и в соответствии с законодательством Республики Казахстан, по соглашению сторон путем подписания сторонами дополнительного соглашения.

13.2. Формы заявлений и уведомлений, используемые при изменении сведений и переоформлении договора страхования, досрочном расторжении договора страхования, наступлении страхового случая, получении страховой выплаты и возврате страховой премии размещены на корпоративном сайте Страхователя (<https://www.nomadlife.kz/> в разделе «Индивидуальное страхование», подраздел «Заемщикам кредита»).

13.3. Все споры, возникающие в период действия Договора страхования, решаются путем переговоров.

13.4. При наличии спора, возникающего из Договора страхования Страхователь (Застрахованный/ Выгодоприобретатель) вправе обратиться к Страховому омбудсмену с заявлением об урегулировании спора.

13.5. В случае не достижения соглашения сторонами споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

**Приложение №1 к Правилам
добровольного страхования жизни с
теле^медициной, утвержденных
решением Совета директоров
№160823/1 от 16.08.2023**

**МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ БАҒДАРЛАМАСЫ /
МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ**

Осы медициналық сақтандыру бағдарламасы (бұдан әрі-Бағдарлама) сақтандырылуышыға қашықтықтан медициналық қызмет көрсетудің (теле^медицина) көлемін, шарттары мен тәртібін айқындауды.

Терминдер мен анықтамалар:

Ассистанс - Сақтандыруышымен жасалған Шарт негізінде Сақтандыруышының атынан сақтандыру шартында және сақтандырудың медициналық бағдарламасында көзделген қашықтықтан медициналық қызметтер көрсетуді (теле^медицина) үйімдастыруды, үйлестіруді, есепке алушы және бақылауды, сондай-ақ көрсетілетін медициналық көмектің тиісті сапасы мен көлемін бақылауды жүзеге асыруға міндеттеме алатын заңды тұлға;

Қашықтықтан көрсетілетін медициналық қызметтер (теле^медицина) - аурулар мен жаракаттарды диагностикалау, емдеу, медициналық оналту және алдын алу мақсатында медициналық қызметтер көрсету, медициналық қызметкерлердің Сақтандырылуышлармен өзара қашықтықтан өзара іс-кимылын, аталған адамдарды сәйкестендіруді, сондай-ақ олар жасайтын іс-әрекеттерді құжаттауды қамтамасыз ететін цифрлық технологиялар арқылы зерттеулер мен бағалаулар жүргізу;

«Даригер Онлайн» сервисі («Dariger online» маркетингтік ататуы (бұдан әрі - Сервис) - құқық ісесі Ассистанс болып табылатын онлайн-сервис / платформа, Сақтандырылуышларға дербес компьютерді және (немесе) мобиЛЬДІ құрылғыны пайдалана отырып, darigeronline.kz сайтының және / немесе AppStore немесе Play Market-тен «Dariger Online» мобиЛЬДІ құрылғыларға арналған қосымшалардың көмегімен накты уақыт режимінде медициналық үйімдардың дәрігерлерінің қашықтықтан медициналық қызметтерді (теле^медицина) көрсетуі. Ассистанс сервиске техникалық және әкімшілік қызмет көрсетуді қамтамасыз етеді.

Сақтандырудың медициналық бағдарламасы - Сақтандырылуышыға сақтандыру шарты шенберінде қашықтықтан медициналық қызметтер (теле^медицина) көрсетудің тізбесі мен тәртібі;

Медициналық үйім - Қазақстан Республикасының немесе өзге мемлекеттердің қолданыстағы заңнамасына сәйкес медициналық қызметтің қажетті түрлерін жүзеге асыруға қажетті лицензиялары мен өзге де рұқсаттары бар, Ассистанспен шарт жасасқан және Сақтандырылуышыға қызмет көрсететін заңды тұлға. Медициналық үйімдар Ассистанстың медициналық желісін құрайды. Өзге мемлекеттердің аумағында тіркелген медициналық үйімдарға медициналық қызметті жүзеге асыру үшін тіркеу елінің тиісті заңнамалық талаптары қолданылады;

Дәрігер - тіркелген жоғары медициналық білімі бар, тиісті мамандық бойынша маман сертификаты бар (педиатр, терапевт немесе тар бейінді маман), тиісті медициналық үйімның құрамында медициналық қызметті жүзеге асыратын және сервисті пайдалана отырып

настоящая Медицинская программа страхования (далее – Программа) определяет объем, условия и порядок предоставления Застрахованному дистанционных медицинских услуг (теле^медицина).

Термины и определения:

Ассистанс – юридическое лицо, которое на основании Договора со Страховщиком принимает на себя обязательство от имени Страховщика осуществлять организацию, координацию, учет и контроль предоставления Застрахованным дистанционные медицинские услуги (теле^медицина), предусмотренные договором страхования и медицинской программой страхования, а также контроль за надлежащим качеством и объемом предоставляемой медицинской помощи;

Дистанционные медицинские услуги (теле^медицина) – предоставление медицинских услуг в целях диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок посредством цифровых технологий, обеспечивающее дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с Застрахованными, идентификацию указанных лиц, а также документирование совершаемых ими действий;

Сервис «Даригер Онлайн» (маркетинговое наименование «Dariger online» (далее - Сервис) - онлайн-сервис/платформа, правообладателем которой является Ассистанс, для предоставления Застрахованным дистанционных медицинских услуг (теле^медицина) врачами Медицинских организаций в режиме реального времени с использованием персонального компьютера и (или) мобильного устройства, с помощью сайта darigeronline.kz и/или приложений для мобильных устройств "Dariger Online" из AppStore или Play Market. Ассистанс обеспечивает техническое и административное обслуживание Сервиса;

Медицинская программа страхования – перечень и порядок оказания Застрахованному дистанционных медицинских услуг (теле^медицина) в рамках договора страхования;

Медицинская организация - юридическое лицо, обладающее необходимыми в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан или иных государств лицензиями и иного рода разрешениями на осуществление необходимых видов медицинской деятельности, заключившее договор с Ассистансом и оказывающее услуги Застрахованным. Медицинские организации образуют Медицинскую сеть Ассистанса. К медицинским организациям, зарегистрированным на территории иных государств, для осуществления медицинской деятельности применяются соответствующие законодательные требования страны регистрации;

Врач - специалист с зарегистрированным высшим медицинским образованием, имеющий сертификат специалиста по соответствующей специальности (педиатр, терапевт или узкопрофильный специалист),

сақтандырылышыға медициналық көмек көрсететін маман;
Медициналық көмек - Сақтандырылышың денсаулығын сақтауға, сақтауға және қалпына келтірге бағытталған медициналық қызметтер кешені.

Сақтандырылышыға AppStore, PlayMarket және сайттағы сілтіме арқылы жүктеуге болатын <https://darigeronline.kz/> Ассистанстың сайт арқылы немесе «Dariger online» мобиЛЬДІ қосымшасы арқылы сервисті пайдалана отырып, қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) ұсынылады. Кірү Сақтандырылышы смс-хабарламада алатын логин мен пароль арқылы жүзеге асырылады.

Қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) бейнебайланысты, аудио байланысты пайдалана отырып, Сайтта немесе мобиЛЬДІ қосымша арқылы хабарламалар мен файлдармен алмасу арқылы, сондай-ақ стационарлық телефон арқылы көрсетіледі. Медициналық қызмет көрсететін дәрігерлер, олардың кәсіби білімі, біліктілігі, жұмыс орны және т.б. туралы ақпарат Сайтта және Ассистанстың мобиЛЬДІ қосымшасында орналастырылған. Қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) тәуілік бойы, аптасына 7 (жеті) күн, соның ішінде Сақтандыру полисінің қолданылу кезеңіндегі демалыс және мереке күндері, өтініштер саны бойынша шектеусіз қолжетімді.

Медициналық сақтандыру бағдарламасына келесі қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) кіреді:

- кезекші дәрігер-терапевт / педиатрдың шұғыл онлайн-консультациялары;
- алдын ала жазылу бойынша дәрігер-терапевт/педиатрдың жоспарлы онлайн-консультациялары;
- бейінді дәрігер-консультанттың жоспарлы онлайн-консультациялары;
- бұрын қойылған диагноз бойынша бейінді дәрігерлермен онлайн консультациялар (екінші пікір);
- онлайн-консультация нәтижелері бойынша ұсынымдармен жазбаша қорытынды беру;
- Сақтандырылышың «Жеке кабинеті» қызметі, онда Сақтандыру бағдарламасы шенберінде онлайн-консультациялардың нәтижелері бойынша дәрігерлердің өтініштері мен жазбаша ұсыныстары, файлдарды жүктеу мүмкіндігі сақталады.

Қашықтықтан медициналық қызмет көрсету шарттары (телемедицина):

<https://darigeronline.kz> Сайтында ашық қол жетімділікте Медициналық ұйым және қашықтықтан (телемедицина) медициналық қызмет көрсететін Дәрігерлер (олардың кәсіптік білімі, біліктілігі және т.б.) туралы ақпарат және заңнама мен іскерлік айналым әдет-ғұрыптарына сәйкес басқа да жақетті мәліметтер орналастырылады.

Қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) дәрігердің күзыретіне жатқызылған мәселелер бойынша нақты уақыт режимінде сервисті пайдалана отырып, телемедициналық технологияларды қолдана отырып, консультациялар түрінде Сақтандырылышыға медициналық көмек көрсетуден тұрады.

Сақтандырылышыға қашықтықтан карау және Сақтандырылышыға қатысты өзге де зерттеулер мен манипуляциялар жүргізу мүмкін встігіне байланысты дәрігер өзінің кәсіби пікірін қалыптастыра алмайтын мәселелерді, сондай-ақ жауап беру үшін қосымша ақпарат (басқа мамандардың тексеру нәтижелері, зертханалық зерттеу нәтижелері және аспаптық тексеру) алу қажет болатын сұраптарды қоспағанда, барлық мәселелер бойынша қашықтықтан медициналық қызметтер

осуществляющие медицинскую деятельность в составе соответствующей Медицинской организации и оказывающий медицинскую помощь Застрахованному с использованием Сервиса;

Медицинская помощь - комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, поддержание и восстановление здоровья Застрахованного.

Застрахованному предоставляются дистанционные медицинские услуги (телемедицина) с использованием Сервиса через сайт <https://darigeronline.kz/> Ассистанса или через мобильное приложение «Dariger online», которое доступно для скачивания в AppStore, PlayMarket и через ссылку на сайте. Вход осуществляется через логин и пароль, который Застрахованный получит в смс-сообщении.

Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами на Сайте или через мобильное приложение, а также по стационарному телефону. Информация о Врачах, предоставляющих медицинские услуги, их профессиональном образовании, квалификации, месте работы и пр., размещены на Сайте и в мобильном приложении Ассистанса. Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) доступны круглосуточно, 7 (семь) дней в неделю, включая выходные и праздничные дни в период действия Страхового полиса, без ограничения по количеству обращений.

В медицинскую программу страхования входят следующие дистанционные медицинские услуги (телемедицина):

- срочные онлайн-консультации дежурного врача-терапевта/педиатра;
- плановые онлайн-консультации врача-терапевта/педиатра по предварительной записи;
- плановые онлайн-консультации профильного врача-консультанта;
- онлайн консультации с профильными врачами по ранее поставленному диагнозу (второе мнение);
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации;
- услуга «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам онлайн-консультаций в рамках Программы страхования, возможность загружать файлы.

Условия предоставления дистанционных медицинских услуг (телемедицина):

В открытом доступе на Сайте <https://darigeronline.kz> размещается информация о Медицинской организации и Врачах, предоставляющих дистанционные медицинские услуги (телемедицина) (их профессиональном образовании, квалификации и пр.) и другие необходимые сведения в соответствии с законодательством и обычаями делового оборота.

Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) состоят в предоставлении Застрахованному медицинской помощи в виде консультаций с применением телемедицинских технологий с использованием Сервиса в режиме реального времени, по вопросам, отнесенными к компетенции Врача.

Застрахованному предоставляются дистанционные медицинские услуги (телемедицина) по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования).

(телемедицина) ұсынылады.

Сақтандырылуши қашықтықтан медициналық қызмет көрсету басталғанға дейін (телемедицина) Дөрігерге Жеке кабинетін пайдалана отырып, қажетті құжаттардың көшірмелерін жіберу жолымен Сақтандырылушиға белгілінген диагноздар, өткен аурулар, белгілі аллергиялық реакциялар, араласулар жүргізуге, препараттарды қабылдауға қары қөрсетілімдер туралы ақпарат беруге құқылы. Қажетті медициналық ақпарат - бұл медициналық ұйымға қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) дұрыс көрсету үшін қажет медициналық сипаттағы ақпарат: тікелей және консультациялар жүргізілетін аурулар туралы медициналық қорытындылар, қосымша зерттеулер мен тексерулердің нәтижелері, сондай-ақ Сақтандырылуши бере алатын медициналық сипаттағы барлық құжаттар. Медициналық құжаттарды зерделеу Сақтандырылушиға осы құжаттарды ұсынғаннан кейін гана басталады.

Қашықтықтан медициналық қызметтер көрсету кезінде (телемедицина), оның ішінде құндізгі консультациялар, диагностикалық тексерулер жүргізу қажеттілігі анықталған кезде дәрігер тұлғасындағы Медициналық ұйым Сақтандырылушины диагнозды қою және (немесе) растау және (немесе) нақтылау үшін жүгіну керек мамандар туралы, олармен байланысты диагностиканың, емдеудің ұсынылатын әдістері туралы хабардар етеді тәуекелдер, олардың салдары және күтілетін нәтижелер және басқа да осындағы ақпаратты ұсынады.

Қашықтықтан медициналық қызмет көрсету (телемедицина) қорытындысы бойынша Медициналық ұйым Медициналық қорытынды жасайды. Медициналық қорытынды - Сервис арқылы Пациентке жіберілген, цифрлық технологияларды қолдана отырып қызмет көрсету қорытындылары бойынша дәрігер жасаған не оның Жеке кабинетінде Пациентке сілтеме жасалған, диагноз коймай, диагнозды түзетпей және емдеуді тағайындағай медициналық консультация нәтижелерін қамтитын электрондық түрдегі құжат.

Егер Сақтандырылуши оларды көрсеткен сәттен бастап құнтызбелік 7 (жеті) күн ішінде қашықтықтан көрсетілітін медициналық қызметтердің (телемедицина) сапасына талап коймаса, қызметтер тиісті түрде көрсетілген және Сақтандырылуши қабылдаған болып есептеледі.

Қашықтықтан медициналық қызмет көрсету тәртібі (телемедицина):

Сақтандырылуши қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алуды сұрамас бүрін Сайтта немесе «Даригер Онлайн» мобилді қосымшасында («Därliger Online» маркетингтік атапу) алдын ала тіркеу/белсендірү процесінен отуі тиіс. Тіркеу кезінде сақтандыры дербес деректерді жинауга және өндеге және қашықтықтан медициналық қызмет көрсететін медициналық ұйымға (телемедицина) медициналық ақпарат беруге келісім беруге міндетті.

Сайтта немесе «Даригер Онлайн» мобилді қосымшасында тіркеуден ережесі:

Қызмет көрсету Сақтандырылушиның мынадай жабдықтарын пайдалана отырып жүзеге асырылуы мүмкін: техникалық талаптарға сай болуы тиіс дербес компьютер, ұялы телефон. Қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алу үшін веб-платформаға кіру жүзеге асырылатын құрылғы төмөнде көрсетілген талаптарға сәйкес келетініне көз жеткізу қажет.

Дербес компьютерді пайдалану кезінде:

Застрахованный до начала оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина) вправе предоставить Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, путем пересылки Врачу копии необходимых документов с использованием Личного кабинета. Необходимая медицинская информация – это информация медицинского характера, которая необходима Медицинской организации для того, чтобы должным образом оказать дистанционные медицинские услуги (телемедицина): медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованные могут предоставить. Изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.

При оказании дистанционных медицинских услуг (телемедицина), в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Медицинская организация в лице Врача информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

По итогам оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина) Медицинской организацией составляется Медицинское заключение. Медицинское заключение – документ в электронном виде, составленный Врачом по итогам оказания Услуги с применением цифровых технологий, направленный Пациенту посредством Сервиса, либо ссылка на который предоставлена Пациенту в его Личном кабинете, содержащий результаты медицинской консультации без постановки, корректировки диагноза и назначения лечения.

Услуги считаются оказанными надлежащим образом и принятыми Застрахованным, если в течение 7 (семи) календарных дней с момента их оказания Застрахованный не предъявляет претензии к качеству дистанционных медицинских услуг (телемедицина).

Порядок оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина):

Застрахованный, прежде чем запросить получение дистанционных медицинских услуг (телемедицина), должен пройти процесс предварительной регистрации/активации на Сайте или в мобильном приложении «Даригер Онлайн» (маркетинговое наименование «Därliger Online»). При регистрации Застрахованный обязан дать согласие на сбор и обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Медицинской организации, оказывающей дистанционные медицинские услуги (телемедицина).

Правила регистрации на Сайте или в мобильном приложении «Даригер Онлайн»:

Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям. Для получения дистанционных медицинских услуг (телемедицина), необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует нижеуказанным требованиям.

При использовании персонального компьютера:

подключенная к компьютеру видеокамера обладает разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);

компьютерге қосылған бейнекамераның ажыратымдылығы 1024 x 720 төмен емес (егер бейнебайланысты пайдалана отырып қызмет көрсету төсіл таңдалған жағдайда);
микрофон компьютерге қосылған (Егер бейне немесе аудио байланысты пайдаланып қызмет көрсету әдісі таңдалған болса);

MS Windows операциялық жүйесі ХР немесе Mac OS X нұсқасынан төмен емес;

Google Chrome (ұсынылған), Mozilla Firefox немесе Опера сонғы нұсқасының Интернет-шолушысы (браузер);

Интернетке кіру арнасының жылдамдығы 1 Мбит/с төмен емес.

Ұялы телефонды пайдалану кезінде:

жұмыс камерасы, микрофоны және басқа да қажетті функциялары бар Apple Iphone 5 және одан жоғары ұялы телефон моделі;

Android 5.1 және одан жоғары жүйесінде жұмыс істейтін ұялы телефон;

кез келген ұялы телефон, егер Сақтандырылуши Интернет желісі арқылы емес, қызмет көрсету үшін жүгінетін болса.

Apple мобиЛЬДІ құрылғылары үшін мобиЛЬДІ қосымшаны орнату үшін IOS 9 - дан төмен емес жүйе, Android жүйесіндегі құрылғылар үшін-5.1-ден төмен емес жүйе қажет.

Қызметті Сайт арқылы алу үшін:

Сайтқа етіңіз <https://darigeronline.kz>

Кіру үшін логин мен парольді көрсетіп, ұялы телефон нөмірін растап, жүйемен сәйкестендіру үшін аты-жөні мен туган күнін көрсете отырып;

Дәрігерді таңдаң, қызмет (кенес)алыңыз;

Егер кезекші Дәрігердің (дәрігер-педиатр, дәрігер-терапевт) консультациясы қажет болса, онда Дәрігер тарапынан шақырылғанға дейін Жеке кабинетте болу қажет;

Егер тар бейінді маман дәрігердің (кезекші болып табылмайтын дәрігердің) жоспарлы консультациясы қажет болса, онда белгілінген уақытта Жеке кабинетке кіріп,

Дәрігердің шақыруына жауап беру қажет;

Консультация алдында камераның, динамиктің, микрофонның жұмысын Жеке кабинетте «Жеке деректер/Тексеру» бөлімінде тексеру қажет.

Қызметті мобиЛЬДІ қосымша арқылы алу үшін:

«Даригер Онлайн» мобиЛЬДІ қосымшасын жүктеп алыңыз; Кіру үшін логин мен парольді көрсету, ұялы телефон нөмірін растау және жүйемен сәйкестендіру үшін аты-жөні мен туган күнін көрсету арқылы тіркелу;

Колданбаңын сұрауы бойынша камераға, динамикке, микрофонға кіруге рұқсат беріңіз;

Дәрігерді таңдаң, кенес алыңыз.

Егер Сақтандырылуши қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алуға күкүлі болса, бірак сервиспен сәйкестендірілмесе және олар үшін жеке кабинетте жеке тұлғалар үшін колданыстағы баға парагына сәйкес медициналық консультациялардың құны 0 (ноль) тенге құрайтын болса, онда сақтандырылушыны сәйкестендіру үшін www.darigeronline.kz сайтында Колдау қызметтіне көрсетілген телефон арқылы жүгіну қажет.

Сақтандырылуши өзі пайдаланатын жабдық пен бағдарламалық қамтамасыз етудің көрсетілген талаптарына сәйкестігі үшін дербес жауап береді. Медициналық ұйым Сақтандырылушының құрылғыларында орнатылған жабдықтан немесе бағдарламалық қамтамасыз етуден туындаған Қызметтерді алу мүмкін застігі үшін жауап бермейді.

Сайтта немесе мобиЛЬДІ қосымшада тіркелгеннен кейін Сақтандырылушының Сайттағы немесе мобиЛЬДІ қосымшадағы дербес бөлімі болып табылады, ол Сақтандырылушыға қашықтықтан медициналық қызмет

к компьютеру подключен микрофон (в случае, если выбран способ оказания Услуг с использованием видео- или аудиосвязи);

операционная система MS Windows версией не ниже ХР или Mac OS X;

Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Опера последней версии;

скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;

мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше;

любой мобильный телефон, если Застрахованный будет обращаться для оказания Услуг не через сеть Интернет.

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

Для получения Услуги через Сайт следует:

Перейти на сайт <https://darigeronline.kz>

Указав логин и пароль для входа, подтвердив номер мобильного телефона и указав ФИО и дату рождения для идентификации системой;

Выбрать Врача и получить Услугу (консультацию);

Если необходима консультация дежурного Врача (врач-педиатр, врач-терапевт), то необходимо оставаться в личном кабинете до вызова со стороны Врача;

Если необходима плановая консультация узкопрофильного врача-специалиста (Врача, не являющегося дежурным), то необходимо зайти в Личный кабинет в назначенное время и ответить на вызов со стороны Врача;

Перед консультацией необходимо проверить работоспособность камеры, динамика, микрофона в Личном кабинете разделе «Личные данные/ Проверка».

Для получения Услуги через мобильное приложение следует:

Скачать мобильное приложение «Даригер Онлайн»;

Зарегистрироваться указав логин и пароль для входа, подтвердив номер мобильного телефона и указав Ф.И.О. и дату рождения для идентификации системой;

Предоставить по запросу приложения разрешения на доступ к камере, динамику, микрофону;

Выбрать Врача и получить консультацию.

В случае, если Застрахованный вправе получить дистанционные медицинские услуги (телемедицина), но не будет идентифицирован Сервисом и для них в личном кабинете стоимость медицинских консультаций в соответствии с действующим ценовым листом для физических лиц будет составлять не 0 (ноль) тенге, то для идентификации Застрахованного необходимо обратиться в Службу поддержки по телефону, указанному на сайте www.darigeronline.kz

Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения. Медицинская организация не несет ответственности за невозможность получения Застрахованым Услуг, возникшую из-за оборудования, либо программного обеспечения, установленного на устройствах Застрахованного.

После регистрации на Сайте или в мобильном приложении Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет». Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на Сайте или в мобильном приложении, который позволяет Застрахованному направлять запрос на оказание дистанционных медицинских услуг (телемедицина), связываться с дежурным Врачом. Консультация с Врачом (консультантом).

көрсетуге (телемедицина) сұрау салуға, кезекші Дәрігермен байланысуға мүмкіндік береді. Дәрігермен (кенесшімен) кенесу.

Бағдарламада көзделген қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алу үшін келесі әрекеттерді орындау қажет:

Сайттың жоғарғы мәзіріндегі «Басты» батырмасын басу арқылы сайтың басты бетіне өтініз немесе «Даригер Онлайн» мобиЛЬДІ қосымшасына кіріп, қажетті дәрігерді таңдал, «Кенес алу» немесе «Кездесуге жазылу» батырмасын басыңыз. Консультация алдында Сақтандырылыштың компьютерінің жабдығын телефон параметрлеріндегі камера мен микрофонға кіруге арналған «Байланысты тексеру»/рұқсаты жеке кабинетінің бөлімі арқылы тексеру үсініләді.

Кезекші Дәрігерді (дәрігер-терапевт, дәрігер-педиатр) таңдау кезінде консультацияға өтінім жасау үшін ашылған терезеде «Бастау» таңдаңыз.

Кезекші дәрігер (дәрігер-терапевт, дәрігер-педиатр) Пациентпен/Сақтандырылышмен (консультация терезесі ашық болады) - қазіргі уақытта жүйеде (онлайн) жүрген еркін кезекші Дәрігер Сервисті пайдалана отырып не Сақтандырылышының тіркеу кезінде көрсетілген үялы телефон нөміріне конырау шалу арқылы Пациентпен/Сақтандырылышмен байланысады.

Кеңес басталғанға дейін және оның барысында Сақтандырылышы Дәрігерге мәтіндік хабарламалар мен суреттер жібере алады.

Сақтандырылышы Сервис арқылы кезекші Дәрігермен (дәрігер - терапевт, дәрігер-педиатр) консультацияға өтінім қалдыра алады, бұл ретте сақтандырылыш сайтың жеке кабинетінде қалуы (Жеке кабинеттен шықпауы, онлайн жүйеде болуы) немесе мобиЛЬДІ қосымшага кіру қажет. Дәрігер Пациентпен/Сақтандырылышмен байланысқан кезде конырау шалу терезесі пайда болады, онда байланыс тәсілдерінің бірін таңдау керек: бейне, аудио немесе хат алмасу.

Кеңес байланыс әдісін таңдағаннан кейін басталады және отыз минутқа дейін созылады.

Алдын ала жазылу бойынша кол жетімді Маман дәрігерді (кенесшіні) таңдағанда, күн мен уақытты таңдал, содан кейін «Жазылу» түймесін басу керек.

Маман-дәрігердің консультациясына жазылу жасалғаннан кейін Сақтандырылыш Сервис арқылы консультацияны өткізу уақыты мен күні көрсетілген SMS-хабарлама алады. Маман-дәрігермен кенесу үшін белгіленген уақытта сайтқа кіріп, Жеке кабинетке кіру / мобиЛЬДІ қосымшада авторизациялану және маман дәрігердің Сақтандырылышмен байланысуын күту қажет. Белгіленген уақытта Дәрігер-маман Сақтандырылышылармен косылады, ұзактығы отыз минутқа дейінгі онлайн-консультация басталады.

Егер дәрігер Сақтандырылышмен байланысуға тырысқан сэтте соңғысы жүйеде (онлайн) болмаса және дәрігер онымен сервис арқылы байланыса алмаса және Сайтта тіркелу кезінде көрсетілген үялы телефон нөмірі бойынша Сақтандырылышыға 3 рет хабарласа алмаса, консультация жабылады және қашықтықтан медициналық қызмет (телемедицина) көрсетілген болып есептеледі.

Егер сұрау салуды жібергеннен кейін Сақтандырылыш қашықтықтан медициналық қызмет көрсетуден (телемедицина) бас тартқысы келсе, ол бұл туралы Медициналық ұйымға Сайтта көрсетілген байланыс деректері бойынша не «Жеке кабинет» арқылы шұғыл консультация беру басталғанға дейін және жазба бойынша консультация берілген жағдайда 24 сағаттан кешіктірмей хабарлауга міндетті. Көзделген тәртіп сакталмаған жағдайда қашықтықтан медициналық қызмет

Для получения предусмотренных Программой дистанционных медицинских услуг (телемедицина), необходимо выполнить следующие действия:

Перейти на главную страницу сайта, нажав на «Главная» в верхнем меню сайта или зайти в мобильное приложение «Даригер Онлайн», выбрать необходимого Врача и нажать на кнопку «Получить консультацию» или «Записаться на прием». Перед консультацией рекомендуется проверить оборудование компьютера Застрахованного с помощью раздела личного кабинета «Проверка связи»/разрешения на доступ к камере и микрофону в настройках телефона.

При выборе дежурного Врача (врач-терапевт, врач-педиатр) в открывшемся окне создания заявки на консультацию выбрать «Начать».

Дождаться, когда дежурный Врач (врач-терапевт, врач-педиатр) свяжется с Пациентом/Застрахованным (будет открыто окно консультации) – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Пациентом/Застрахованным с использованием Сервиса, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного, указанного при регистрации.

До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения и изображения.

Застрахованный может оставить заявку на консультацию с дежурным Врачом (врач-терапевт, врач-педиатр) через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находится в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.

Когда Врач будет связываться с Пациентом/Застрахованным, появится окно вызова, в котором необходимо выбрать один из способов связи: видео, аудио или переписка.

Консультация начинается после выбора способа связи и длится до тридцати минут.

При выборе Врача-специалиста (консультанта), доступного по предварительной записи, необходимо выбрать дату и время, а затем нажать кнопку «Записаться».

После того, как запись на консультацию Врача-специалиста создана, Застрахованный получает SMS-сообщение с указанием времени и даты проведения консультации через Сервис.

В назначенное для консультации с Врачом-специалистом время необходимо зайти на Сайт и авторизоваться в личном кабинете / быть авторизованным в мобильном приложении и ожидать, когда Врач-специалист свяжется с Застрахованным. В назначенное время происходит соединение Врача-специалиста с Застрахованным и начинается онлайн-консультация продолжительностью до тридцати минут.

Если в момент, когда Врач пытается связаться с Застрахованным, последнего не было в системе (онлайн), и Врач не смог связаться с ним посредством Сервиса и не смог с 3 попыток дозвониться до Застрахованного по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на Сайте, консультация закрывается и дистанционная медицинская услуга (телемедицина) считается оказанной.

В случае, если после отправки запроса Застрахованный захочет отказаться от оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина), он обязан уведомить об этом Медицинскую организацию по контактным данным, указанным на Сайте, либо через «Личный кабинет», до начала оказания срочной консультации и не позднее чем за 24 часа в случае консультации по записи. В случае несоблюдения предусмотренного порядка дистанционная медицинская услуга (телемедицина) считается оказанной.

Никакие претензии Застрахованного относительно сроков оказания Услуг не принимаются, если Застрахованный не направит запрос на оказание Услуг или не будет находиться в Системе (онлайн) после направления запроса.

По итогам консультации Врач пишет медицинское

(тлемедицина) көрсетілген болып есептеледі.

Егер Сақтандырылуши қызмет көрсетуге сұрау салуды жібермесе немесе сұрау салуды жібергеннен кейін жүйеде (онлайн) болмаса, Сақтандырылушиның қызмет көрсету мерзімдеріне қатысты ешқандай талаптары қабылданбайды.

Консультация қорытындысы бойынша Дәрігер Медициналық қорытынды жазады және оны Сақтандырылушиға Сервис арқылы жібереді.

Осы Бағдарламада көзделмеген кашықтықтан медициналық қызметтерді (тлемедицина) алуға өтініш жасау нәтижесінде Сақтандырылушиның шығыстары сақтандыру жағдайы деп танылмайды.

заключение и направляет его Застрахованному через Сервис. Не признаются страховым случаем расходы Застрахованного в результате обращения за получением дистанционных медицинских услуг (тлемедицина), не предусмотренных настоящей Программой.