

|                                                                                  |                                                           |                                   |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 1 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                 |

**УТВЕРЖДЕНО**  
**Советом директоров**  
**АО «КСЖ «Nomad Life»**  
**Протокол № 011124/1**  
**от «01» ноября 2024 г.**



*С изменениями от 27.03.2025 г.*

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ  
АО «КСЖ «NOMAD LIFE»**

**г.Алматы, 2024 г.**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ .....3

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ .....7

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ .....7

4. ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ. ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ .....7

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА .....14

6. СТРАХОВАЯ СУММА.....15

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.....16

8. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА .....16

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....16

10. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА .....18

11. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....18

12. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ.....25

13. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ .....25

14. СРОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ ИЛИ ОТКАЗЕ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.....26

15. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА .....27

16. ФОРС-МАЖОР .....28

17. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ .....29

|                                                                                  |                                                           |                                   |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 3 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                 |

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На условиях Правил добровольного страхования на случай болезни (далее - Правила) АО «Компания по страхованию жизни «Nomad Life» (далее - Страховщик), заключает договоры добровольного страхования на случай болезни (далее- Договор).

Страхование на случай болезни представляет собой совокупность видов страхования, предусматривающих осуществление страховой выплаты в фиксированной сумме и (или) в размере частичной или полной компенсации расходов застрахованного в связи с заболеванием и иным расстройством здоровья, в том числе расходов, связанных со смертью, наступившей в результате заболевания и (или) иного расстройства здоровья.

Страхование на случай болезни в рамках настоящих Правил является групповым обезличенным страхованием.

1.2. В настоящих Правилах употребляются следующие понятия:

1) **Административные расходы** - расходы Страховщика по ведению и администрированию Договора;

2) **Амбулаторно - поликлиническая помощь** – оказание Застрахованным медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях в медицинских организациях из списка Страховщика, а также в других медицинских организациях, согласованных со Страховщиком в письменной форме и в случаях, предусмотренных Договором;

3) **Амбулаторно-поликлиническая помощь по экстренным показаниям** - предоставление Застрахованному экстренной, медицинской помощи, направленное на устранения угрожающих для жизни экстренных состояний в амбулаторно-поликлинических условиях. Амбулаторно-поликлиническая помощь по экстренным показаниям включает в себя и ограничиваются:

- а) первичной консультацией семейного врача, при необходимости врача специалиста;
- б) лабораторно-инструментальными исследованиями, а именно: общий анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ диагностика, ЭКГ диагностика, рентген диагностика;
- в) открытием Застрахованному листа временной нетрудоспособности.

4) **Амбулаторно - поликлиническая помощь по лечебным показаниям** – оказание медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях при возникновении у Застрахованных острых или обострение хронических заболеваний.

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает:

- а) консультации семейных врачей и врачей-специалистов;
- б) услуги среднего медицинского персонала;
- в) услуги физиотерапии и массаж;
- г) полную экспертизу временной нетрудоспособности.

5) **Врач** - специалист, имеющий высшее медицинское образование, осуществляющий оказание медицинских услуг Застрахованным на основании договора с медицинской организацией или с медицинским ассистансом, а также специалисты, занимающиеся на основании соответствующей лицензии частной медицинской практикой;

6) **Врачебная тайна** включает в себя, но не ограничивается этим: информацию о факте обращения Застрахованных за медицинской помощью, о состоянии их здоровья, диагнозах их заболевания и иные сведения, полученные при их обследовании и (или) лечении;

7) **Выгодоприобретатель** - лицо, которое в соответствии с Договором является получателем страховой выплаты. Выгодоприобретателями признаются:

- а) при организации и оказании услуг Медицинским ассистансом и/или медицинскими организациями – Медицинский ассистанс;
- б) при самостоятельной оплате услуг Застрахованным, на условиях настоящих Правил и Договора страхования – Застрахованный.

8) **Госпитализация (стационарное лечение)** – оказание медицинской помощи Застрахованному в стационарных условиях сроком не менее одних суток;

9) **Госпитализация (стационарное лечение) по плановым показаниям** – госпитализация в медицинские организации из Списка Страховщика, осуществляемая для обследования и/или лечения обострения хронических заболеваний Застрахованного после предварительного осмотра

|                                                                                  |                                                           |                                   |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 4 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                 |

и диагностики врачом специалистом (семейный врач, узкий специалист) и по направлению семейного врача;

10) **Госпитализация (стационарное лечение) по экстренным показаниям** – госпитализация в медицинские организации из Списка Страховщика в случае внезапного ухудшения состояния здоровья, представляющего угрозу жизни Застрахованного;

11) **Дневной стационар** – предоставление Застрахованному, по направлению семейного врача, медицинских услуг в отделениях/палатах дневного пребывания в стационарах/организациях из списка Страховщика. Дневной стационар включает:

- а) консультации врачей-специалистов по профилю заболевания Застрахованного;
- б) проведение необходимых лабораторно-инструментальных методов диагностики;
- в) услуги среднего медицинского персонала, назначенные семейным врачом или врачом специалистом.

12) **Заболевание** - нарушение нормальной жизнедеятельности органов или систем организма Застрахованного, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями;

13) **Застрахованные** - сотрудники Страхователя, а также члены семьи сотрудника, в отношении которых осуществляется страхование и которые указаны в Списке Застрахованных;

14) **Заявление анкета на страхование** – документ установленного образца Страховщиком, на основании которого заключается Договор;

15) **Круглосуточная диспетчерская служба** - это диспетчерская служба Медицинского ассистанса, которая осуществляет свою деятельность 24 (двадцать четыре) часа в сутки 7 (семь) дней в неделю и выполняет следующие функции: прием вызова скорой помощи и/или семейного врача на дом; осуществляет запись на прием к узкопрофильным врачам и на лабораторно-диагностические исследования; медицинские консультации; предоставляет справочную информацию по работе узкопрофильных врачей (график работы, адреса, телефоны медицинских организаций), а также предоставляет информацию по программам, лимитам и расходам Застрахованного. Номера телефонов круглосуточной диспетчерской службы указываются на медицинской пластиковой карточке.

16) **Лабораторно/инструментальные исследования** - исследования/анализы, проводимые с целью уточнения, подтверждения или исключения диагноза;

17) **Лекарственные средства** - средства, представляющие собой или содержащие фармакологически активные вещества, предназначенные для профилактики, диагностики и лечения заболеваний, а также изменения состояния и функций организма: лекарственное вещество, лекарственная субстанция, лекарственное сырье природного происхождения, лекарственные ангро- и балкпродукты, лекарственные препараты, иммунобиологические медицинские препараты. К лекарственным средствам приравниваются парафармацевтики, медицинская техника и изделия медицинского назначения (линзы контактные и для коррекции зрения, предметы и материалы, изделия, инструменты, устройства, приборы, аппаратура), используемые в целях диагностики, профилактики и лечения заболеваний;

18) **Медицинский ассистанс (Ассистанс)** - юридическое лицо, которое на основании договора о сотрудничестве со Страховщиком принимает на себя обязательство от имени Страховщика осуществлять организацию, координацию, учет и контроль предоставления Застрахованным лицам медицинских услуг, предусмотренных Договором и Программой страхования, а также контроль за надлежащим качеством медицинских услуг;

19) **Медицинский координатор** - работник Медицинского ассистанса, осуществляющий организацию, координацию оказания Застрахованным медицинских услуг и контроль за их надлежащим качеством, и выступающий во взаимоотношениях с Застрахованным от имени Страховщика;

20) **Медицинские организации** - организации здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, оказывающие медицинские услуги на основании соответствующей лицензии (больницы, клиники, поликлиники, диагностические центры, диспансеры, станции скорой медицинской помощи, республиканские специализированные

|                                                                                  |                                                           |                                   |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 5 из 29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |              |

медицинские центры, клиники научно-исследовательских институтов, санаторно-курортные и реабилитационные организации, аптечные организации - аптеки, аптечные склады, аптечные пункты, аптечные киоски);

21) **Медицинские организации и врачи из Списка Страховщика (далее – Список Страховщика)** - медицинские организации и врачи, которые заключили с Медицинским ассистансом договоры, определяющие условия и порядок предоставления медицинской помощи и/или лекарственных средств Застрахованным. Список Страховщика является Разделом 4 Договора;

22) **Медицинская пластиковая карточка** – идентификационный документ, оформляемый Страховщиком на Застрахованного, подтверждающий право Застрахованного на получение бесплатных медицинских услуг и/или возмещение медицинских расходов, в соответствии с закрепленной за Застрахованным Программой страхования. Медицинская пластиковая карточка действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

23) **Медицинская помощь** - комплекс медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями и медицинскими работниками, включающих лекарственную помощь, направленных на сохранение и восстановление здоровья Застрахованных;

24) **Медицинская сестра общей практики (средний медицинский персонал)** - специалист в области сестринского дела, осуществляющий свою деятельность совместно с врачом общей практики и обеспечивающий доврачебную помощь населению, включая диагностические, лечебные, профилактические и реабилитационные мероприятия;

25) **Медицинские услуги** - услуги по предоставлению медицинской помощи и лекарственных средств;

26) **Общая страховая сумма по Договору** - предельный объем ответственности Страховщика по всем видам медицинских услуг, в соответствии с Программой страхования, при наступлении одного или нескольких страховых случаев по всем Застрахованным за весь период действия Договора;

27) **Общая страховая сумма по одному Застрахованному** - предельный объем ответственности Страховщика по всем видам медицинских услуг, в соответствии с Программой страхования, при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев по данному Застрахованному за весь период действия Договора. Если к Застрахованному прикреплены члены его семьи, страховая сумма для Застрахованного и всех членов семьи является общей;

28) **Программа страхования (Программа)** - объем и виды медицинских услуг, предоставляемых Страховщиком Застрахованному, с указанием категорий (перечня) медицинских услуг и страховых сумм (Раздел 3 Договора);

29) **Профессиональное заболевание** - заболевание, вызванное воздействием на работника вредных и (или) опасных производственных факторов в связи с выполнением работником своих трудовых (служебных) обязанностей или задании работодателя;

30) **Семейный врач** - врач общей практики, терапевт, педиатр - дипломированный медицинский работник, имеющий соответствующее разрешение на оказание первичной и непрерывной медицинской помощи отдельным лицам, семьям и всему контингенту лиц, прикрепленных к его практике, независимо от возраста, пола или характера заболевания. Семейный врач является работником медицинского ассистанса и выступает во взаимоотношениях с Застрахованным от имени Страховщика;

31) **Соблюдение врачебной тайны** - правила поведения медицинских организаций о неразглашении врачебной тайны;

32) **Список Застрахованных** - круг Застрахованных, подлежащих медицинскому обслуживанию, предоставляемый Страхователем Страховщику, который предусматривает следующие сведения по Застрахованным (конкретизация Застрахованных) для индивидуализации страхового случая по Договору, его последствий в отношении каждого Застрахованного и размера причитающейся ему страховой выплаты: ФИО, ИИН, информация о Программе страхования, период страхования, степень родства, страховая премия, страховая сумма. Данные сведения заполняются по форме, предусмотренной Разделом 6 Договора.

|                                                                                  |                                                           |                                   |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 6 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                 |

33) **Страховой риск** - вероятность наступления страхового случая.

34) **Страховая сумма** - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая. Договором устанавливается несколько уровней предельного объема ответственности Страховщика;

35) **Страховая сумма по виду (категории) медицинских услуг по одному Застрахованному** - предельный объем ответственности Страховщика по отдельному виду/категории медицинских услуг, в соответствии с Программой страхования при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев по данному Застрахованному за весь период действия Договора. Если, к Застрахованному прикреплены члены его семьи, страховая сумма по виду (категории) медицинских услуг для Застрахованного и всех членов семьи является общей, если иное не оговорено Программой страхования;

36) **Увеличение страхового риска** - повышение вероятности наступления страхового случая ввиду наличия/возникновения обстоятельств, непосредственно влияющих на такое повышение. Обстоятельствами, влияющими на увеличение страхового риска по Договору признаются:

- а) заболевания, входящие в утвержденный в Республике Казахстан перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющие опасность для окружающих;
- б) выявление заболеваний/обстоятельств, указанных в пп.2), 3), 4), 5) п. 4.1. настоящих Правил;
- в) хронические заболевания.

37) **Хирургическая операция по медицинским показаниям** - плановая операция по назначению врача;

38) **Хроническое заболевание** - это заболевание, обладающее одним или группой следующих признаков:

- а) является постоянным и/или ставится постоянный диагноз;
- б) ведет к частичной нетрудоспособности;
- в) причиной являются необратимые патологические изменения;
- г) требует специального режим Застрахованного для реабилитации;
- д) ожидается, что потребует длительного периода восстановления частично или полностью утратившей функции органов или систем.

39) **Члены семьи сотрудника Страхователя** - ее (его) супруг (а) в возрасте от 18 лет до 65 лет и дети в возрасте от 1 года до 18 лет. Застрахованный член семьи не может быть дважды принят на страхование по одному Договору;

40) **Экстренная медицинская помощь** (скорая медицинская помощь) - предоставление Застрахованному медицинских услуг при возникновении экстренных состояний.

41) **Экстренное состояние** - это внезапное резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного, угрожающее его жизни и здоровью и требующее немедленного медицинского вмешательства:

- а) внезапная потеря сознания;
- б) остро развивающиеся расстройства сердечно-сосудистой деятельности (внезапно возникшая боль, нарушение ритма сердца, нестабильная стенокардия, без болевые/атипичные формы инфаркта);
- в) острое нарушение кровообращения (инсульт, инфаркт);
- г) остановка сердца и дыхания;
- д) расстройства органов дыхания - одышка, удушье;
- е) параличи, судорожные припадки;
- ж) сильные кровотечения, кровавая рвота, неукротимая рвота и понос;
- з) острая задержка мочи;
- и) резко выраженный болевой синдром, не купирующийся приемом пероральных обезболивающих средств;
- к) тяжелые аллергические реакции (анафилактический шок, отек Квинке);
- л) крапивница;



|                                                                                  |                                                           |                                   |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 7 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                 |

- м) острые отравления пищей, лекарствами, химическими и ядовитыми веществами;
- н) укусы ядовитых змей и насекомых;
- о) травмы, переломы, ранения, вывихи;
- п) ожоги и отморожения 2-4 степени, поражения электрическим током и молнией, тепловые и солнечные удары;
- р) тяжелые ожоги и отморожения 2-4 степени, поражения электрическим током и молнией, тепловые и солнечные удары;
- с) сотрясения и ушибы мозга,
- т) асфиксии всех видов, утопления, инородные тела дыхательных путей;
- у) внезапное повышение артериального давления (гипертонический криз);
- ф) высокая лихорадка выше 39 градусов, которая не снижается пероральными жаропонижающими средствами;

42) **Экстренная хирургическая операция** – внезапная и заранее непредвиденная хирургическая операция, проведенная Застрахованному, незамедлительно после его поступления в медицинскую организацию в связи с экстренным состоянием, представляющим угрозу жизни и здоровью Застрахованного;

1.3. Договора могут заключаются с физическими (независимо от гражданства) и юридическими лицами (независимо от форм собственности), именуемыми в дальнейшем **Страхователь**.

1.4. Страхователями признаются:

- 1) дееспособные граждане, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее - Застрахованные);
- 2) юридические лица - организации и другие хозяйствующие субъекты любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие на территории Республики Казахстан, в соответствии с законодательством Республики Казахстан, заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с его расходами по получению медицинских услуг в рамках Программы и условий Договора страхования.

## 3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является факт обращения Застрахованного при возникновении экстренных состояний, острых заболеваний и /или обострении хронического заболевания, в течение срока действия Договора в медицинские организации и/или к медицинским работникам из Списка Страховщика - Раздел 4 Договора страхования, за получением медицинских услуг в соответствии с условиями Договора и Программой страхования, и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести страховую выплату.

3.2. Страховыми рисками, согласно Правилам, являются затраты на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации и уходу, согласно Программы страхования.

## 4. ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ. ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

4.1. Страховщик имеет право принять с повышающим коэффициентом или отказать в заключении Договора в качестве Застрахованного лицу или в отношении лиц, попадающего(их) в одну из следующих категорий:

- 1) лица младше 1 года и старше 65 лет, если иное не предусмотрено Программой страхования;
- 2) лица, имеющие на момент заключения Договора заболевания, указанные в Приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 октября 2020 года № ҚР ДСМ-162/2020 «Об утверждении перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения» и лица, имеющие на момент заключения Договора заболевания,

|                                                                                  |                                                           |                                   |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 8 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                 |

указанные в Приказе Министра здравоохранения и социального развития РК от 23.09.2020 г. № ҚР ДСМ-108/2020 года «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих»;

- 3) лица, являющиеся на момент заключения Договора инвалидами I, II, III групп, инвалидами детства и/или имеющие врожденные/приобретенные или наследственные, и генетические заболевания;
- 4) лица с циррозом печени и с хроническим вирусным гепатитом с высокой степенью активности;
- 5) лица с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем (бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, приобретенные и врожденные пороки сердца, сердечная недостаточность IIБ-III степени, тяжелые формы аритмии, постинфарктный кардиосклероз и кардиомиопатия);
- 6) лица, которые госпитализированы в медицинские организации на момент заключения Договора.

#### 4.1.1. ВАЖНО:

- 1) Лица старше 65 лет, могут быть включены в Договор в качестве Застрахованных только по письменному согласованию со Страховщиком, при условии предоставления предварительной информации о состоянии здоровья данных лиц (Раздел 9 Договора);
- 2) Прикрепление членов семьи Застрахованного осуществляется в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты заключения Договора. По истечение вышеуказанного срока прикрепление новых членов семьи возможно:
  - а) в случае вступления сотрудника в официальный брак – прикрепление супруги(а);
  - б) при достижении ребенком возраста более 1 (одного) года в течение действия Договора - прикрепление ребенка.
- 3) Если в период действия Договора, Застрахованному устанавливается инвалидность, в этом случае Страховщик покрывает расходы за медицинские услуги (консультации, обследования), полученные Застрахованным до момента установления инвалидности. Данный пункт применяется в случае впервые установленной Застрахованному группы инвалидности.
- 4) При установлении в период действия Договора Застрахованному инвалидности I, II, III группы или диагноза по заболеванию, указанному в пп.2) п.4.1. настоящих Правил, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора в отношении данного Застрахованного в соответствии с условиями Договора с даты установления инвалидности или заболевания (если в отношении данного Застрахованного наступают оба указанных события, то принимается во внимание дата, наступившая первой), либо потребовать в отношении данного Застрахованного изменения условий Договора и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска;

4.2. Страховщик не осуществляет страховую выплату (Застрахованному не предоставляются медицинские услуги) в случаях, связанных с:

- 1) диагностикой и лечением заболеваний, указанных в Приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 октября 2020 года № ҚР ДСМ-162/2020 «Об утверждении перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения» и заболеваний, указанных в Приказе Министра здравоохранения и социального развития РК от 23.09.2020 г. № ҚР ДСМ-108/2020 г. «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих»;
- 2) диагностикой и лечением, не оговоренными в Протоколах диагностики и лечения заболеваний Министерства Здравоохранения Республики Казахстан;
- 3) диагностикой и лечением психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании, а также различные травмы/заболевания, возникшие и/или явившиеся последствиями вышеперечисленных заболеваний;
- 4) диагностикой и лечением хронических заболеваний вне стадии обострения;
- 5) диагностикой и лечением аутоиммунных заболеваний;



|                                                                                  |                                                           |                                   |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 9 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                 |

- 6) лечением профессиональных заболеваний;
- 7) лечением врождённых и/или приобретенных, а также наследственных и генетических заболеваний /пороков развития, в том числе ДЦП (детский церебральный паралич);
- 8) с инфекционными заболеваниями, а именно:
  - а) диагностикой и лечением любых инфекционных заболеваний, в том числе инфекций, требующих санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдением за контактными лицами, исключение: ОРВИ;
  - б) диагностикой и лечением любых венерических заболеваний и ЗППП (заболеваний, передающихся половым путем), включая гонорею, сифилис, паховая гранулема, цитомегаловирусная инфекция, уrogenитальный герпес, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, хламидиоз, трихомониаз;
  - в) диагностикой и лечением любых разновидностей пандемического гриппа (птичий, свиной и др.);
  - г) лечением чесотки, грибковых заболеваний (исключения: кандидоз ЛОР- органов, легочной кандидоз).
- 9) лечением заболеваний/травм, явившимися результатом занятий Застрахованным профессиональным/любительским спортом, в том числе занятия альпинизмом, спелеологией, горнолыжным, вело- или мотоспортом; участия Застрахованного в скачках, автогонках, при управлении летательного аппарата; участия Застрахованного в различного рода испытаниях (по любительскому спорту дети до 15 лет подлежат покрытию), всех экстремальных видах спорта (прыжки с парашютом, серфинг, скалолазание и т.п.);
- 10) диагностикой и лечением эпилепсии, болезни (синдромом) Паркинсона, болезни Альцгеймера, полиомиелита, гидроцефалии, рассеянного склероза; последствий и осложнений перенесенного нарушения мозгового кровообращения; любых дегенеративно-дистрофических и демиелинизирующих заболеваний нервной и костной систем, в том числе грыжи и протрузии межпозвоночных дисков (за исключением медицинских услуг, указанных в пп. 17) п. 4.2. Правил; гепато-церебральная дистрофия (Болезнь Вильсона-Коновалова); экстрапиримидные и другие двигательные нарушения нервной системы; нарушение речи;
- 11) диагностикой и лечением (в том числе оперативным) травм и их последствий, полученных до начала действия страховой защиты;
- 12) диагностикой и лечением заболеваний крови, в том числе всех видов анемий;
- 13) диагностикой и лечением всех видов гиповитаминозов, дефицитных состояний и их последствий;
- 14) с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а именно:
  - а) лечением кардиомиопатии, тяжелых форм аритмий (мерцательная аритмия, полная атриовентрикулярная блокада), постинфарктного кардиосклероза;
  - б) лечением хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения II Б-III стадии;
  - в) проведением ангиографии;
  - г) подготовкой и проведением хирургических операций на сердце, в том числе коронарографию, ангиопластику, коронарных сосудов, аортокоронарное шунтирование, стенирование, установка ИВР и т.д.
- 15) диагностикой и лечением диффузных болезней соединительной ткани: ревматоидный артрит (исключение ревмопробы- СРБ, АСЛО, РФ), СКВ, дерматомиозит, узелковый периартериит, системная склеродермия, болезнь Бехтерева, болезнь Шагрена, болезнь Такаясу, синдром Гудпастчера, Синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца, системные васкулиты, гранулематоз Вегенера и т.д.;
- 16) заболеваниями костного аппарата, а именно:
  - а) лечением артритов/артрозов любой этиологии;
  - б) диагностика и лечение остеопорозов, хронических остиомиелитов, дисплазий, нарушение осанки (сколиозы, кифозы, лордозы) остеофитов.

|                                                                                  |                                                           |                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 10 из 29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |               |

- 17) остеохондрозами различной локализации и любыми их последствиями, за исключением диагностики, которая включает (первичную и повторную консультацию врача, МРТ при наличии в программе страхования или рентгенографию), медикаментозное снятие острого болевого синдрома и массаж по назначению врача, при наличии опции в программе страхования;
- 18) лечением заболеваний сосудов и их последствий, а именно: атеросклерозом, аневризмой, болезнью Такаюсу (неспецифический аортоартериит), Болезнью Бюргера (облитерирующий тромбангиит, эндоартериит), синдромом Вегенера; варикоцеле, тромбозом, варикозным расширением вен нижних конечностей и/или прямой кишки;
- 19) глазными болезнями, а именно:
  - а) лечением катаракты, глаукомы, птеригиума, спазма аккомодации, косоглазия, отдаленных последствий травм глаза в виде отслойки сетчатки;
  - б) массажем век и биостимуляцией глазного яблока; манипуляциями, связанные с применением аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
  - в) подготовкой к проведению и непосредственно операциями, связанные с миопией, гиперметропией, астигматизмом, в том числе операции с применением лазера.
- 20) диагностикой и лечением, связанными с обструкцией слухового прохода серными пробками;
- 21) лечением хронических заболеваний дыхательной системы: бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии, за исключением купирования бронхоспастического статуса;
- 22) лечением заболеваний мочеполовой системы: поликистоз почек/яичников, хронический гломерулонефрит, ХПН 2-3 стадии, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей; энурезы любого происхождения;
- 23) диагностикой и лечением заболеваний предстательной железы: простатиты, аденомы и т.д., проведением урологического массажа, (исключение первичная консультация уролога и УЗИ предстательной железы);
- 24) эндокринными заболеваниями и их последствиями:
  - а) определением уровня гормонов щитовидной железы более 3 (трех) ИФА или ПЦР за период страхования (только при наличии данных исследований в программе страхования);
  - б) лечением сахарного диабета 1 и 2 типа, несахарного диабета, синдрома и болезни Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, болезни Аддисона, гипопитуитаризма; врожденный гипотиреоз, заболеваниями щитовидной железы и их последствиями.
- 25) репродуктивной функцией, а именно:
  - а) диагностикой и лечением: бесплодия и/или импотенции и лечением нарушения менструального цикла, климактерического синдрома;
  - б) лечением нарушений менструального цикла, климактерического синдрома;
  - в) любыми методами контрацепции, в том числе введением/удалением внутриматочной спирали (ВМС);
  - г) искусственным оплодотворением, генетическими исследованиями, услугами планирования семьи;
  - д) исследованием на онкоцитологию и кольпоскопию более 1 раза за период страхования на каждого застрахованного;
  - е) искусственным прерыванием беременности (аборт) и его последствиями, за исключением случаев прямо угрожающих жизни Застрахованной;
  - ж) патронажем беременности и родов (включая все виды осложнений по беременности и родам), если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;
- 26) лечением доброкачественных новообразований и/или гиперпластических процессов (аденома, фибромиома, мастопатия, эрозия шейки матки и т.д.);

|                                                                                  |                                                           |                                   |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 11 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                  |

- 27) лечением хронических кожных заболеваний: псориаз, врожденный ихтиоз, экзема, аллопеция, атопический дерматит, нейродермиты, микозы, витилиго, бородавки, угревая болезнь, демодекоз, а также любые виды лишая и/или герпеса, независимо от нозологии;
- 28) заболеваниями желудочно-кишечного тракта:
  - а) диагностикой и лечением циррозов печени и гепатитов, независимо от формы, вида, нозологии и т.д., хронической печеночной недостаточности;
  - б) исследование «Гастропанель»;
  - в) лечением болезни Крона, стеатогепатоза, целиакии, хронического энтерита, неспецифического язвенного колита, дисбактериоза.
- 29) диагностикой и лечением паразитарных заболеваний (гельминтозов), независимо от вида/нозоологии;
- 30) диагностикой и лечением заболеваний иммунной системы;
- 31) аллергическими болезнями, а именно:
  - а) аллергодиагностикой (за исключением первичной консультации аллерголога), диагностикой на аппарате Юникап, проведением аллергодиагностических проб (за исключением проб перед введением лекарственного препарата) и лечением аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации.
  - б) лечением аллергических заболеваний вне стадии обострения.
- 32) с экстракорпоральными методами лечения (гемодиализ, плазмоферез, гемосорбция, УФО крови, лазерное облучение крови);
- 33) расходами по любого рода трансплантации, имплантации и/или протезированию, в том числе эндопротезированию, остеосинтезу, остеопластики, реконструктивные/восстановительные материалы и стоимость операции, любые операции с использованием различных фиксаторов (штифтов, винтов, болтов, спиц, пластин, костных швов, дистракционно-компрессионных аппаратов и т.д.), оперативное лечение всех видов грыж и протрузий межпозвоночных дисков по плановым и экстренным показаниям; операции по пересадке органов и тканей; исключение: трансплантация кожи при ожогах III-IV степени, с целью спасения жизни Застрахованного;
- 34) обследованиями ИФА, ПЦР и/или РИФ-диагностикой, а также определения уровня половых гормонов, отвечающих за репродуктивную функцию, если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;
- 35) диагностическими обследованиями любыми методами магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), компьютерной томографии (КТ), если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного; стоимость контрастного вещества не покрывается;
- 36) предоставлением следующих услуг по стоматологии:
  - а) протезирование и любая подготовка к нему;
  - б) любая реставрация зуба;
  - в) хирургические вмешательства с косметологической целью;
  - г) ортодонтия;
  - д) снятие зубных отложений и/или зубного камня, выполненное с любой целью;
  - е) профилактические мероприятия (серебрение, фторирование и т.д.);
  - ж) обучение гигиене полости рта;
  - з) профилактика и лечение заболеваний полости рта аппаратом VECTOR.
- 37) получение сеанса/курса массажа, а именно:
  - а) общего массажа, исключение наличие опции «общий массаж» в Программе страхования;
  - б) профилактического массажа;
  - в) массажа, проводимого в один курс, более чем для одной зоны.
- 38) предоставлением услуг психотерапевта, диетолога, генетика, логопеда;
- 39) с любыми расходами на пластические операции, косметологическую диагностику/лечение и любыми другими видами диагностики/лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий (включая любую риноластику), хирургическим изменением пола, коррекцией веса/фигуры, диагностикой и лечением ожирения/дистрофии.

|                                                                                  |                                                           |                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 12 из 29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |               |

- 40) медицинскими расходами при прохождении медицинских комиссий (медицинским обследованием) для поступления на учебу, в детские дошкольные/ школьные учреждения, на работу или воинскую службу, для получения справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, для получения разрешения на въезд в другое государство, для получения разрешения на управление транспортным средством, ношение оружия, для получения отсрочки или освобождения от воинской службы/ оформление посылного листа на МСЭ (форма 088/уф);
- 41) нетрадиционными методами диагностики и лечения: иридодиагностика, аурикуло- и акупунктурная, термopунктурная, электропунктурная пульсовая диагностика, энергоинформатика, водные процедуры, сухая и подводная вытяжки, сухой подводный душ-массаж, грязелечение, соляная шахта (спелеотерапия), вакуумная терапия, мануальная терапия, траволечение, лечение в барокамере, флотинг-ванны, жемчужные ванны, гирудотерапия, исследование по Фоллю, ИФС, биорезонансная терапия, иглорефлексотерапия, магнитотерапия, любые виды лазерной терапии, озонотерапии (например: ванны ион-азон), гипербарическая и нормобарическая оксигенотерапия, гипокситерапия, гомеопатия, методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны, трудотерапия, ароматерапия, цветотерапия, аюрведа, кишечное орошение, биомеханическое вытяжение и т.д.;
- 42) расходами, связанными оформлением санаторно-курортных книжек; с проездом, проживанием, питанием в санаторно-курортных учреждениях;
- 4.3. Страховщик не осуществляет страховую выплату (Застрахованному не предоставляются медицинские услуги) в случаях:
- 1) если Страхователь (Застрахованный) передал медицинскую пластиковую карточку третьим лицам, не являющимся Застрахованными по Договору, с целью получения последними медицинского обслуживания;
  - 2) получения Застрахованным медицинских услуг без направления семейного врача в медицинских организациях или у медицинских работников, не указанных в Списке Страховщика, в случаях, не оговоренных в пунктах 11.17. или 11.18., пп. 1) настоящих Правил;
  - 3) если Застрахованным были получены медицинские услуги, оговоренные в пп. 11.17 или п. 11.18., пп. 1) настоящих Правил, но не предоставлены или предоставлены несвоевременно подтверждающие документы, указанные в пп.12.1. настоящих Правил;
  - 4) не предусмотренных Правилами, Договором или Программой страхования;
  - 5) получения Застрахованным медицинских услуг до начала/после прекращения действия страховой защиты в отношении Застрахованного;
  - 6) получения медицинских услуг в соматическом отделении Центральной клинической больницы Министерстве здравоохранения Управления делами Президента Республики Казахстан, МЦ Private Clinic Almaty в г. Алматы, если дополнительным соглашением сторон не предусмотрено иное;
  - 7) выбора Застрахованным при госпитализации палат VIP и/или ЛЮКС уровня, если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;
  - 8) когда Застрахованным находящимся на стационарном лечении, не выполнялись предписания лечащего врача, а также нарушение Застрахованным либо иным представителем (сотрудником) Страхователя определенного больничного режима, внутренних норм и правил медицинской организации, общепринятых норм и правил поведения в общественных местах, местах общего пользования, общепризнанных норм морали и/или нравственности, наличия фактов оскорбления медицинского персонала либо иного грубого, агрессивного, хамского поведения включая, но не ограничиваясь в отношении медицинских работников и/или третьих лиц.
  - 9) в случае осуществления Застрахованным трудовых функций:
    - а) вопреки указаниям лечащего врача;
    - б) в последние два месяца беременности Застрахованной;

|                                                                                  |                                                           |                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 13 из 29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |               |

- в) при направлении Застрахованного на стационарное лечение (госпитализацию);
- г) в период стационарного лечения (госпитализации) Застрахованного;
- д) после определения у Застрахованного неизлечимого прогрессирующего заболевания, приводящего к летальному исходу последнего.

- 10) отказа Застрахованного от получения назначенного лечения либо осуществления действий, препятствующих проведению лечения и оказанию иных связанных с этим услуг, включая неявку Застрахованного для получения медицинских услуг/процедур.
- 11) убытки прямо или косвенно связанные с любого рода инфекционными заболеваниями (в том числе корона- вирусной болезнью 2019 (COVID-19) и любой её мутаций или вариацией);
- 12) убытки, связанные с нарушением 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;
- 13) вред, связанный с нарушением 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.;

4.4. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты (Застрахованному не предоставляются медицинские услуги), если страховой случай наступил (получение медицинских услуг возникло) вследствие:

- 1) умышленного причинения Застрахованным телесных повреждений самому себе, в том числе покушение на самоубийство;
- 2) умышленных действий Страхователя/Застрахованного, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны или крайней необходимости;
- 3) действий Страхователя (Застрахованного), признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

4.5. Основанием для отказа Страховщика от осуществления страховой выплаты может быть также следующее:

- 1) сообщение Страхователем/Застрахованным Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске;
- 2) воспрепятствование Страхователем/Застрахованным Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причинённого убытка.

4.6. Страхованием не покрываются затраты на следующие лекарственные средства и медицинскую технику:

- 1) ремонт и покупку медицинской и корригирующей техники (очки, оправы, линзы, костыли, слуховые аппараты, протезы, ортопедическая обувь, инвалидные коляски, бандажи и др.)
- 2) не медикаментозные средства медицинского, гигиенического и/или профилактического назначения (защитные маски, кварцевые лампы, ионизаторы, ингаляторы, лечебные пояса, грелки, гигиенические пеленки, памперсы, матрасы от пролежней, биотуалеты и т.д.);
- 3) изделия медицинского назначения (ИМН) медикаментозные и не медикаментозные (за исключением шприцов и систем).
- 4) контрацептивные препараты и средства (кроме тех случаев, когда они назначаются по лечебным показаниям);
- 5) антидепрессанты;
- 6) поливитамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения);
- 7) противотуберкулезные препараты при лечении туберкулеза;
- 8) хондропротекторы;



|                                                                                  |                                                           |                                   |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 14 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                  |

- 9) пробиотики;
  - 10) стоимость контрастного вещества при диагностических обследованиях любыми методами магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ);
  - 11) биологические активные добавки (БАДы), биологические стимуляторы) и гомеопатические препараты; иммуномодуляторы; иммуностимуляторы; гепатопротекторы;
  - 12) гормональные препараты (исключение: оказание экстренной помощи, глазные капли), анорексантные средства, косметические средства;
  - 13) лекарственные средства, не зарегистрированные на территории Республики Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством как лекарственные средства, а также медицинские расходы, связанные с лечением осложнений, вызванных применением таких лекарственных средств.
- 4.7. Оказание медицинских услуг, лечение отдельных заболеваний и предоставление лекарственных средств, перечисленных в п.п. 4.2, 4.6 Раздела 4 настоящих Правил, может быть включено в Программу страхования Застрахованного на особых условиях, согласованных со Страховщиком.
- 4.8. Если страховая выплата уже была осуществлена (медицинские услуги предоставлены Застрахованному) по основаниям, по которым Разделом 4 Правил предусмотрен отказ в страховой выплате/ограничения страхования, Страхователь/Застрахованный обязаны возместить Страховщику через семейного врача и/или Медицинский ассистанс, расходы на такие услуги в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате. В случае, если Страхователь/Застрахованный не возместил указанные расходы в установленный срок, Страховщик вправе заблокировать действие медицинской пластиковой карточки Застрахованного, в отношении которого еще не истек срок действия страховой защиты (приостановить медицинское обслуживание Застрахованного) до момента полного возмещения Страховщику таких расходов. При этом при возобновлении медицинского обслуживания срок действия страховой защиты не продлевается на период приостановления.
- 4.9. Отказ Страховщика произвести страховую выплаты может быть обжалован Страхователем в суд.

## 5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА

- 5.1. Договор заключается без предварительного диагностико-профилактического обследования Застрахованных.
- 5.2. До заключения Договора, Страхователь заполняет заявление на страхование (Раздел 7 Договора).
- 5.3. Для оформления Договора Страховщик может запросить у Страхователя (Застрахованных) дополнительную информацию, характеризующую страховой риск.
- 5.4. При заключении Договора Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.
- 5.5. Договор заключается в письменной форме путем подписания его обеими сторонами.
- 5.6. По Договору Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать и обеспечить оказание Застрахованным медицинских услуг медицинскими учреждениями или врачами из списка Страховщика, путем оплаты медицинским учреждениям медицинских расходов, по оказанным медицинским услугам Застрахованному, предусмотренным Договором.
- 5.7. Договор должен содержать:
- 1) наименование, место нахождения, телефон и банковские реквизиты Страховщика;
  - 2) фамилия, имя, отчество (при его наличии) и место жительства Страхователя (если им является физическое лицо) или наименование, место нахождения и банковские реквизиты (если им является юридическое лицо);
  - 3) указание объекта страхования;
  - 4) наименование Программы;

|                                                                                  |                                                           |                                   |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 15 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                  |

- 5) указание страхового случая;
- 6) размер страховой суммы, порядок и сроки осуществления страховой выплаты;
- 7) размер страховой премии, порядок и сроки ее уплаты;
- 8) дату заключения и срок действия Договора;
- 9) указание о Застрахованном и Выгодоприобретателе, если они являются участниками страхового отношения;
- 10) количество застрахованных лиц;
- 11) номер, серию Договора;
- 12) случаи и порядок внесения изменений в условия Договора.

5.8. При заключении Договора Застрахованный освобождает врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

5.9. В период действия Договора Страхователь имеет право заменить Застрахованного путем предоставления Страховщику письменного заявления об этом. Изменения в Списке Застрахованных оформляется путем заключения дополнительного соглашения к Договору.

5.10. В случае если Застрахованный, исключаемый из Списка Застрахованных, не воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и/или медицинскими учреждениями из Списка Страховщика, страховая сумма на включенного Застрахованного не меняется.

5.11. В случае если Застрахованный, исключаемый из Списка Застрахованных, воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и/или медицинскими учреждениями из Списка Страховщика, страховая сумма на Застрахованного уменьшается на сумму фактически оказанных ему медицинских услуг.

## 6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховая сумма устанавливается в соответствии с утвержденными Страховщиком Программами страхования.

6.2. Договором может устанавливается общая страховая сумма и дополнительно лимиты ответственности по отдельным видам/категориям услуг в соответствии с Программой страхования.

6.3. В случае включения нового сотрудника (Застрахованного) в Список Застрахованных в период действия Договора на срок менее 12 (двенадцати) месяцев устанавливаются следующие размеры общей страховой суммы на одного Застрахованного и все лимиты по видам/категориям обслуживания по выбранной Программе страхования:

| Срок страхования<br>(количество месяцев обслуживания<br>прикрепляемого Застрахованного) | Размер общей страховой суммы на одного Застрахованного<br>и все лимиты по видам/категориям обслуживания по<br>выбранной Программе страхования (в процентах от<br>годовых размеров общей страховой суммы на одного<br>Застрахованного или соответствующих лимитов по<br>видам/категориям обслуживания по соответствующей<br>Программе страхования) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| до 3 месяцев включительно                                                               | 40 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| от 3 до 4 месяцев включительно                                                          | 50 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| от 4 до 5 месяцев включительно                                                          | 60 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| от 5 до 6 месяцев включительно                                                          | 70 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| от 6 до 7 месяцев включительно                                                          | 80 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| от 7 до 8 месяцев включительно                                                          | 85 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| от 8 до 9 месяцев включительно                                                          | 90 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| от 9 до 10 месяцев<br>включительно                                                      | 95 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| свыше 10 месяцев                                                                        | 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## 7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

- 7.1. Размер страховой премии рассчитывается Страховщиком в зависимости от выбранной Программы страхования и размера страховой суммы.
- 7.2. Размер страховой премии может быть изменен в связи с изменениями срока страхования и факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.
- 7.3. Страховая премия может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или уплачиваться в рассрочку. Порядок уплаты страховой премии определяется Договором.
- 7.4. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами и безналичным платежом, почтовым переводом или иным способом по согласованию сторон.
- 7.5. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменении ее стоимости, размер страховой премии и страховой суммы в рамках Программы может быть изменен по соглашению сторон.

## 8. СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 8.1. Договор вступает в действие и становится обязательным для сторон с момента уплаты Страхователем страховой премии, а при уплате ее в рассрочку – первого страхового взноса, если Договором не предусмотрено иное.
- 8.2. Датой уплаты страховой премии является дата поступления денег на расчетный счет Страховщика.
- 8.3. Договор может быть заключен на любой срок. Срок действия указывается в Договоре.
- 8.4. При страховании на срок менее 1 года, страховая премия рассчитывается в процентах от размера годовой страховой премии, при этом неполный месяц считается как полный:

| Срок страхования                | в % от общей годовой страховой премии |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| до 3 месяцев включительно       | 40 %                                  |
| от 3 до 4 месяцев включительно  | 50 %                                  |
| от 4 до 5 месяцев включительно  | 60 %                                  |
| от 5 до 6 месяцев включительно  | 70 %                                  |
| от 6 до 7 месяцев включительно  | 80 %                                  |
| от 7 до 8 месяцев включительно  | 85 %                                  |
| от 8 до 9 месяцев включительно  | 90 %                                  |
| от 9 до 10 месяцев включительно | 95 %                                  |
| свыше 10 месяцев                | 100 %                                 |

- 8.5. Период действия страховой защиты совпадает со сроком действия Договора, если условиями Договора не предусмотрено иное.
- 8.6. В соответствии с Правилами территория страхования ограничивается исключительно территорией, указанной в Договоре.

## 9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 9.1. Страховщик вправе:

- 1) проверять предоставленную Страхователем информацию и документы, а также выполнение Страхователем требований и условия Правил и/или Договора;
- 2) на оценку страхового риска;
- 3) на своевременное получение страховой премии;
- 4) участвовать в расследовании страховых случаев;
- 5) проверять информацию по страховым случаям и при необходимости направлять запросы в соответствующие уполномоченные органы;
- 6) отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных Правилами и/или Договором;

|                                                                                  |                                                           |                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 17 из 29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |               |

- 7) на получение уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска и потребовать, изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска;
- 8) при заключении договора требовать от Страхователя предоставления информации о предшествующих договорах страхования, страховых случаях, страховых выплатах и иных сведений, необходимых для заключения договора;
- 9) при заключении договора требовать от Страхователя предоставление сведений и подтверждающих документов согласно Закону РК «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;
- 10) имеет право отказать в заключении договора при непредставлении Страхователем документов, предусмотренных пп. 8)-9) настоящего пункта;
- 11) 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;
- 12) совершать иные действия, не противоречащие Договору и законодательству Республики Казахстан.

#### 9.2. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить Страхователя с Правилами страхования, размещенными на сайте, и по его требованию представить (направить) копию;
- 2) обеспечить тайну страхования;
- 3) в случае непредставление Страхователем/Застрахованным/Выгодоприобретателем документов, незамедлительно, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней, письменно уведомить его о недостающих документах;
- 4) осуществить страховую выплату Выгодоприобретателю, либо направить письменный мотивированный отказ в осуществлении страховой выплаты в соответствии с условиями Правил и/или Договора;
- 5) совершать иные действия, предусмотренные Договором, настоящими Правилами и действующим законодательством Республики Казахстан;
- 6) предоставить Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) информацию о предельном сроке рассмотрения документов и осуществления страховой выплаты после представления всех необходимых документов.

#### 9.3. Страхователь вправе:

- 1) требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору;
- 2) заменить Застрахованного либо Выгодоприобретателя, являющегося Застрахованным, с согласия самого Застрахованного и Страховщика;
- 3) оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
- 4) совершать иные действия, не противоречащие Договору, настоящим Правилам и законодательству Республики Казахстан.

#### 9.4. Страхователь обязан:

- 1) уплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, которые установлены Договором;
- 2) при заключении и в период действия Договора информировать Страховщика обо всех действующих/заключаемых договорах страхования по аналогичным рискам в отношении данного объекта страхования;
- 3) информировать Страховщика о состоянии страхового риска;
- 4) незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней, сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщённых

|                                                                                  |                                                           |                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 18 из 29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |               |

Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

- 5) 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;
- 6) доказывать наступление страхового случая, а также причинённых им убытков;
- 7) представить Страховщику документы, необходимые для расчета страховой выплаты;
- 8) предоставить необходимую информацию, запрашиваемую Страховщиком, для заключения договора;
- 9) обеспечить письменное согласие Застрахованных/Выгодоприобретателей на передачу, обработку и использование, сбор и хранение персональных данных Застрахованных/Выгодоприобретателей Страховщиком (Раздел 8 Договора);
- 10) совершать иные действия, предусмотренные Договором, настоящими Правилами и законодательством Республики Казахстан.

#### 9.5. Выгодоприобретатель вправе:

- 1) требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору;
- 2) при заключении и в период действия Договора Страховщика обо всех действующих/заключаемых договорах страхования по аналогичным рискам в отношении данного объекта страхования;
- 3) получить страховую выплату в порядке и на условиях, предусмотренных Договором;
- 4) оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
- 5) совершать иные действия, не противоречащие Договору, настоящим Правилам и законодательству Республики Казахстан.

### 10. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

10.1. В период действия Договора Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

10.2. Значительными изменениями во всяком случае признаются выявления у Застрахованного какого-либо заболевания, включенного в список исключений из страховых случаев, предусмотренных пунктом 4.2 Правил;

10.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска;

10.4. Если Страхователь или Застрахованный возражают против изменения условий Договора или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать прекращения действия Договора в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

10.5. При невыполнении Страхователем или Застрахованным предусмотренной в п. 10.1. Правил обязанности, Страховщик вправе потребовать прекращения действия Договора и возмещения убытков, причиненных данным прекращением;

10.6. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

### 11. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

Важно: Страховщик выполняет свои обязательства по Договору путем организации и оказания Застрахованному медицинских услуг посредством Медицинского ассистанса.



|                                                                                  |                                                           |                                   |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 19 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                  |

Медицинские услуги Застрахованным оказываются непосредственно Медицинским ассистансом, либо по решению/направлению Медицинского ассистанса в медицинских организациях, входящих в список Страховщика.

**11.1. При любом обращении в круглосуточную диспетчерскую службу** Страхователь/Застрахованный должен сообщить следующую информацию:

- 1) Наименование Страховой компании;
- 2) Наименование Страхователя, номер Договора;
- 3) Номер медицинской пластиковой карточки;
- 4) Фамилию Имя Отчество.

**11.2. При обращении Страхователя/Застрахованного за медицинскими услугами** к семейному врачу, в медицинские организации или к врачам из Списка Страховщика Страхователь/Застрахованный обязан предъявить медицинскую пластиковую карточку и документ, удостоверяющий личность.

**Исключение:** до момента получения медицинской пластиковой карточки Застрахованным, основанием для предоставления медицинских услуг, является предъявление семейному врачу/врачу из Списка Страховщика удостоверения личности и устное сообщение номера настоящего Договора и наименования Страхователя.

**11.3. Виды и объем лечения,** диагностических исследований и необходимых лекарственных средств, решение о госпитализации – определяется/принимается семейным врачом и/или врачом специалистом, на основании и в соответствии с Программой страхования Застрахованного.

**11.4. При получении любых медицинских услуг Страхователь/Застрахованный обязан** своей подписью на бланке направления, рецептурном бланке (при получении лекарственных средств), заказ-наряде (при получении услуг по стоматологии), калькуляционном листе, регламенте покрытия (при стационарном лечении), подтвердить факт получения им медицинских услуг.

**11.5. Медицинское обслуживание детей** осуществляется только в амбулаторно-поликлиническом режиме.

**11.6. Для получения справочной информации** по работе врачей – специалистов (график работы, адрес и телефон медицинских организаций), информации по страховой программе, лимитам и расходам, Страхователь/Застрахованный должен обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу по телефонам, указанным на его медицинской пластиковой карточке.

**11.7. Для получения услуг скорой медицинской помощи:**

- 1) Застрахованный должен вызвать скорую медицинскую помощь через круглосуточную диспетчерскую службу Медицинского ассистанса по телефону, указанному на медицинской пластиковой карточке;
- 2) В случае, если Застрахованному, по решению врача, необходима стационарная медицинская помощь, он подлежит госпитализации в медицинскую организацию, входящую в список Страховщика;
- 3) В случае если, Застрахованному по решению врача, необходима экстренная медицинская помощь на дому, врач предоставляет ее и передает, информацию о состоянии Застрахованного Семейному врачу для дальнейшей организации и контроля тактики лечения Застрахованного.

**11.8. Вызов семейного врача (терапевта/педиатра) на дом/рабочее место:**

- 1) При возникновении у Застрахованного угрожающих для жизни состояний, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства:
  - а) выраженный болевой симптом, травматические поражения, шоковые состояния;
  - б) высокая температура тела (выше 39 градусов С), судороги;
  - в) потеря сознания, удушье;
  - г) симптомы изменения артериального давления;
  - д) кровотечения;
  - е) другие состояния, когда, с точки зрения врача, Застрахованный не может обратиться в поликлинику самостоятельно.

|                                                                                  |                                                           |                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 20 из 29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |               |

- 2) Застрахованный должен вызывать через круглосуточную диспетчерскую службу семейного врача на дом или на рабочее место в период с 9.00 до 18.00 местного времени в рабочие дни недели, в иное время - дежурных врачей Медицинского ассистанса.
- 3) Семейный врач обязан явиться на дом/рабочее место к Застрахованному в день поступления вызова.
- 4) Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого назначает лечение Застрахованному. В компетенцию семейного врача входит выдача направления на посещение узкого врача-специалиста, направления на лабораторно-инструментальные методы исследования, направления на госпитализацию, выписка рецептов на лекарственные препараты на фирменных рецептурных бланках.

**11.9. Для получения амбулаторно-поликлинических услуг по экстренным показаниям:**

- 1) Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Страховщика, в установленные часы приёма. В нерабочее время и выходные дни, Застрахованный должен вызвать скорую медицинскую помощь через круглосуточную диспетчерскую службу Медицинского ассистанса по телефону, указанному на медицинской пластиковой карточке.
- 2) Семейный врач проводит первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра, семейный врач самостоятельно устанавливает Застрахованному диагноз и осуществляет комплекс мероприятий необходимых для устранения угрожающих для жизни и здоровью состояний, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства, либо может направить Застрахованного (т.е. выписать направление на фирменном бланке Медицинского ассистанса), в медицинские организации или к врачам из Списка Страховщика для получения следующих медицинских услуг в экстренном порядке:
  - а) первичную консультацию врача специалиста;
  - б) однократное проведение лабораторно-инструментальных исследований, а именно: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), УЗИ диагностика, ЭКГ диагностика, рентген диагностика;
  - в) проведение лечебных мероприятий/манипуляций, направленных необходимых для устранения угрожающих жизни и здоровью состояний, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства.
- 3) В случае, если объем оказываемых мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях, недостаточный для устранения угрожающих жизни, здоровью/экстренных состояний, Застрахованного госпитализируют в экстренном порядке по направлению семейного врача в соответствующую медицинскую организацию из списка Страховщика.
- 4) В случае положительного эффекта проводимых лечебных мероприятий/манипуляций, семейный врач открывает/закрывает Застрахованному лист временной нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности).
- 5) Повторные консультации семейных врачей, врачей специалистов и дальнейшие необходимые лабораторно-диагностические исследования, связанные с выяснением причины возникновения экстренного состояния, лечением его последствий, а также продление/закрытие листа временной нетрудоспособности, предоставляются Застрахованному по категории амбулаторно-поликлиническая помощь по лечебным показаниям. При отсутствии данной категории в программе страхования, Застрахованный оплачивает эти услуги самостоятельно.

**11.10. Для получения амбулаторно-поликлинических услуг по лечебным показаниям:**

- 1) Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Страховщика, в установленные часы приёма или в круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса, для записи на прием к семейному врачу.
- 2) Семейный врач организует предоставление медицинских услуг Застрахованному в порядке и объемах, предусмотренных Программой страхования Застрахованного.

|                                                                                  |                                                           |                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 21 из 29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |               |

- 3) Семейный врач осуществляет первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра, Семейный врач либо назначает лечение самостоятельно или в случае необходимости направляет Застрахованного (т.е. выписывает направление на фирменном бланке Медицинского ассистанса), в медицинские организации или к врачам из Списка Страховщика для получения следующих медицинских услуг:
  - а) консультации врачей специалистов;
  - б) проведение лабораторно-инструментальных исследований;
  - в) проведение лечебных мероприятий/манипуляций;
  - г) госпитализация;
  - д) получение лекарственных средств.
- 4) Застрахованный должен извещать семейного врача о результатах посещения медицинских организаций и врачей и предоставлять копии заключений, направлений, результатов исследований и иных документов, составленных при получении Застрахованным медицинских услуг.
- 5) Все результаты посещений фиксируются семейным врачом в амбулаторной карте Застрахованного и на основании этих сведений, семейный врач выписывает Застрахованному:
  - а) направление на получение назначенных медицинских услуг (процедуры, манипуляции и т.д.);
  - б) рецепт, являющийся основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами.
- 6) Получение медицинских услуг/лекарственных средств, назначенных узким специалистом (исследования, приобретение лекарственных средств и т.д.), а также повторный приём узкого специалиста, осуществляется Застрахованным только после получения направления/рецепта семейного врача.
- 7) Семейный врач обязан обеспечить выдачу листков временной нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности) врачами и/или медицинскими организациями из Списка Страховщика, которые в соответствии с законодательством РК, вправе выдавать данные документы.

#### **11.11. Предоставление услуг лабораторно-инструментальных исследований:**

- 1) Предоставление услуг лабораторно-инструментальных исследований, осуществляется при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.
- 2) Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Страховщика, в установленные часы приёма или в круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса, для записи на прием к семейному врачу.
- 3) Семейный врач на основании данных первичного осмотра и/или результатов осмотра врачей специалистов, выписывает Застрахованному направление в организации из списка Страховщика на необходимые лабораторно-инструментальные исследования
- 4) Основанием, для прохождения Застрахованным лабораторно-инструментальных исследований является направление на фирменном бланке Медицинского ассистанса, выписанное семейным врачом.
- 5) Застрахованный обязан предоставить семейному врачу результаты исследований. Предоставленные результаты фиксируются семейным врачом в амбулаторной карте Застрахованного.

#### **11.12. Предоставление лекарственных средств:**

- 1) Предоставление лекарственных средств, осуществляется только при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и строго в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.

|                                                                                  |                                                           |                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 22 из 29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |               |

- 2) Основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами является рецепт, на фирменном бланке Медицинского ассистанса, выданный семейным врачом.
- 3) Рецепт предъявляется Застрахованным в аптеку Медицинского ассистанса, а в случае отсутствия в аптеке Медицинского ассистанса необходимых лекарственных средств, в одну из аптек, входящих в список Страховщика.
- 4) В экстренных случаях, Застрахованный имеет право самостоятельно приобрести лекарственные препараты по рецепту семейным врача в любой аптеке в пределах собственного лимита по медикаментам. При этом он обязан сохранить соответствующий документ (рецепт или копию назначения из амбулаторной карты), а также документ, подтверждающий факт приобретения лекарственных средств (оригиналы фискального кассового чека и товарного чека, с указанием выданных медикаментов и печатью организации), которые подлежат предъявлению семейному врачу для компенсации произведенных расходов.
- 5) Компенсация расходов, произведенных Застрахованным в случае, указанном в пп. 4) п. 11.12. настоящей статьи, производится Медицинским ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами, в срок не позднее 20 (двадцати) рабочих дней со дня предъявления Застрахованным в Медицинский ассистанс (семейному врачу или региональному представителю ассистанса) всех подтверждающих документов.

#### 11.13. **Предоставление услуг по стоматологии:**

- 1) Предоставление услуг по стоматологии, осуществляется при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.
- 2) Для получения стоматологической помощи Застрахованный имеет право обратиться в любую стоматологическую клинику, входящую в список Страховщика, как самостоятельно, так и через круглосуточную диспетчерскую службу/семейного врача.
- 3) При первом обращении к узкому специалисту-стоматологу на Застрахованного оформляется медицинская карта, а также зубная формула.
- 4) Обращение Застрахованного в стоматологическую клинику, не входящую в список Страховщика возможно только в экстренных случаях – при острой зубной боли. При этом Застрахованный обязан сохранить соответствующий документ, подтверждающий факт обращения (оригинал фискального кассового чека, акт выполненных работ (заказ-наряд) с печатью организации), которые подлежат предъявлению семейному врачу для возмещения. Возмещение в данном случае осуществляется в размере не более 60% от суммы понесенных расходов, но не превышая действующего лимита по данной категории Программы страхования.

#### 11.14. **Предоставление услуг стационарного лечения (госпитализация):**

Объем и качество услуг стационарного лечения контролируется семейным врачом Медицинского ассистанса.

##### 11.14.1. Госпитализация по экстренным показаниям

- 1) Осуществляется:
  - а) по направлению врача скорой медицинской помощи Медицинского ассистанса или семейного/доверенного врача из Списка Страховщика
  - б) бригадой государственной службы скорой помощи;
  - в) самостоятельно - при отсутствии объективной возможности получить направление, Застрахованный имеет право на экстренную госпитализацию в соответствии с пп.1) п.11.18. настоящих Правил.
- 2) Застрахованного госпитализируют в отделение экстренной помощи.
- 3) После оказания экстренной помощи, Застрахованного могут перевести для дальнейшего лечения в другие отделения этого же медицинского учреждения, либо

|                                                                                  |                                                           |                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 23 из 29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |               |

другое медицинское учреждение по рекомендации сотрудников Медицинского ассистанса.

- 4) В случае самостоятельной госпитализации по экстренным показаниям Застрахованный, либо его представитель, оплачивают госпитализацию самостоятельно, с последующим предоставлением подтверждающих документов, указанных в пп. 12.1 настоящих Правил. Страховщик возмещает расходы в размере не более 100% от понесенных расходов, но не превышая действующего лимита по данной категории Программы страхования.

#### 11.14.2. Госпитализация по плановым показаниям

- 1) Застрахованный должен обратиться к семейному врачу или к доверенным врачам из Списка Страховщика по номеру телефона, указанному на медицинской пластиковой карточке.
- 2) Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого он выдает Застрахованному направление на госпитализацию, в случае, если вопрос о необходимости госпитализации может быть решен семейным врачом самостоятельно, либо направляет Застрахованного к врачу – специалисту, для решения вопроса о необходимости госпитализации.
- 3) Врач–специалист, проводит обследование Застрахованного, при необходимости госпитализации, выдает Застрахованному заключение с соответствующей рекомендацией или делает запись в амбулаторной карте Застрахованного.
- 4) Согласно заключению от врача-специалиста семейный врач выписывает на фирменном бланке Медицинского ассистанса направление на госпитализацию Застрахованного в медицинскую организацию, входящую в список Страховщика.
- 5) Право выбора медицинской организации для стационарного лечения остается за представителем медицинского Ассистанса.
- 6) Необходимость и решение об осуществлении плановой госпитализации, а также все вопросы, связанные с плановой госпитализацией Застрахованного в стационар, решаются семейным врачом Медицинского ассистанса.
- 7) Страховщик покрывает расходы, связанные с лечением заболевания, послужившего непосредственной причиной госпитализации по экстренным и плановым показаниям.

#### 11.15. Предоставление услуг вакцинации:

- 1) Предоставление услуг по вакцинации, осуществляется при наличии данной категории покрытия в Программе страхования Застрахованного.
- 2) Вакцинация от гриппа осуществляется согласно эпидемиологической ситуации в регионе. Выбор вакцины осуществляется специалистам Медицинского ассистанса.
- 3) По запросу Медицинского ассистанса, ответственное лицо Страхователя предоставляет в электронном виде или на бумажном носителе, списки Застрахованных лиц, подлежащих вакцинации.
- 4) Дата и место проведения вакцинации, дополнительно согласовывается между представителем Медицинского ассистанса и официальным представителем Страхователя.
- 5) При единовременном вакцинировании более 30 (тридцати) Застрахованных, находящихся по одному адресу, возможно проведение вакцинации в офисе

#### 11.16. Проведение обязательного медицинского осмотра, указанного в Программе страхования по форме 0-75У или согласно приказам Министерства Национальной Экономики:

- 1) Предоставление услуг обязательного медицинского осмотра, осуществляется только при наличии данной категории покрытия в Программе страхования Застрахованного;
- 2) В случае, если в Программе страхования указан медицинский профилактический осмотр по форме 0-75У, Страхователь должен предоставить в медицинский Ассистанс



|                                                                                  |                                                                    |                                   |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
|  | <p>Правила<br/>добровольного страхования<br/>на случай болезни</p> | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 24 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                                    | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                  |

список лиц, подлежащих медицинскому осмотру, согласно форме, предоставленной Ассистансом;

- 3) В случае если в Программе страхования указан обязательный профилактический осмотр по Приказу Министерства Здравоохранения, официальный представитель Страхователя должен предоставить в государственные органы санитарно-эпидемиологической службы (ГоСЭС) списки лиц, подлежащих обязательному медицинскому осмотру, согласно форме, утвержденной ГоСЭС;
- 4) ГоСЭС согласовывают списки, определяют и утверждают перечень необходимых врачей-специалистов, вид и объем лабораторных и других исследований с учетом специфики действующих производственных факторов Страхователя;
- 5) Списки лиц, подлежащих медицинскому осмотру с указанием перечня врачей-специалистов, вида и объема лабораторных и других исследований, должны быть подписаны и утверждены ГоСЭС и Страхователем;
- 6) Официальный представитель Страхователя передает представителю Медицинского ассистанса на бумажном носителе оригиналы утвержденных списков Застрахованных лиц, подлежащих обязательному медицинскому осмотру;
- 7) Дата и место проведения медицинского осмотра, согласовывается между представителем Медицинского ассистанса и официальным представителем Страхователя в индивидуальном порядке, но запрос по Алматы и Атырау делается не позднее, чем за один рабочий день, то есть не менее 24-х часов до предполагаемой даты проведения медицинского осмотра, а по остальным регионам за 15 календарных дней до предполагаемой даты проведения медицинского осмотра;
- 8) По результатам проведения обязательного медицинского осмотра, оформляется Заключительный акт, который передается официальному представителю Страхователя в оригинале на бумажном носителе.

#### **11.17. Допускается получение медицинских услуг в медицинских организациях у врачей из Списка Страховщика без направления семейного врача.**

- 1) Если из документов, предоставленных медицинскими организациями, будет установлено, что Застрахованный не имел объективной возможности обратиться к семейному врачу для получения направления:
  - а) по состоянию здоровья (например, необходимость экстренной помощи (исключение госпитализации));
  - б) по территориальной удаленности (например, отсутствие в населенном пункте семейного врача/медицинского координатора).
- 2) В течение 24-часов, с момента обращения за медицинской услугой без направления семейного врача Застрахованный обязан уведомить круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса, с целью получения направления от семейного врача.
- 3) В случае несвоевременного уведомления Застрахованным круглосуточной диспетчерской службы Ассистанса, т.е. позднее 24 часов с момента обращения за медицинской услугой, Застрахованный и/или родственники Застрахованного, должен(ы) уведомить об этом Медицинский ассистанс в письменной форме не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты начала получения Застрахованным медицинских услуг. Полученные медицинские услуги Застрахованный оплачивает самостоятельно.
- 4) Компенсация расходов, произведенных Застрахованным в случае, указанном в пункте 11.17., п.п. 3), настоящей статьи, производится Медицинским ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами. Возмещение в данном случае осуществляется в размере не более 60% от понесенных расходов, но не превышая действующего лимита по данной категории Программы страхования.

#### **11.18. Допускается обращение Застрахованного в медицинские организации, не указанные в Списке Страховщика:**

|                                                                                  |                                                                    |                                   |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
|  | <p>Правила<br/>добровольного страхования<br/>на случай болезни</p> | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 25 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                                    | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                  |

- 1) По направлению семейного врача при объективной невозможности получения Застрахованным медицинских услуг в медицинских организациях или у врачей из Списка Страховщика (отсутствие необходимых специалистов, аппаратуры, лабораторно-диагностических исследований и т.д.) по согласованию с круглосуточной диспетчерской службой медицинского Ассистанса. Полученные медицинские услуги Застрахованный оплачивает самостоятельно.
- 2) Компенсация расходов, произведенных Застрахованным в случае, указанном в п.п.1) пункта 11.18. производится Медицинским ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами. Возмещение в данном случае осуществляется в размере 100 % понесенных расходов, но не более лимита, установленного Программой страхования.

## 12. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ

12.1. Документами, подтверждающими факт наступления страхового случая и размера убытков, являются:

- 1) оригиналы: сигнальный лист службы скорой помощи; медицинское заключение, выписку из медицинской карты стационарного/амбулаторного больного, калькуляционный лист, заказ-наряд по стоматологии, рецепт, подтверждающие получение Застрахованным медицинских услуг, объективную невозможность получения медицинских услуг в медицинских организациях или у врачей из Списка Страховщика.
- 2) оригиналы фискальных чеков и товарных чеков (счетов-фактур, квитанций об оплате) с указанием наименования каждого лекарственного средства, процедур, приемов медицинских работников, их количества и стоимости.
- 3) копию удостоверения личности (с указанием ИИН), либо копию паспорта (для иностранных граждан, копию медицинской пластиковой карточки.
- 4) номер банковского счета, IBAN номер, копия банковской карты.

## 13. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

13.1. Оплата стоимости оказанной медицинской помощи производится путем ежемесячного перечисления Страховщиком сумм страховых выплат на банковский счет Ассистанса. В случае самостоятельной оплаты медицинских услуг, предусмотренных Договором – Страхователю, либо Застрахованному, либо Выгодоприобретателю.

13.2. Перечисление производится после получения от Ассистанса из списка Страховщика счета с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных за месяц по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам, перечня документов, указанных в п.12.1. Правил. Страховщик анализирует полученные счета, сверяет соответствие внесенных в него услуг перечню страховых услуг, за которые он несет ответственность в рамках Программы и проверяет правильность указания в счете стоимости каждой услуги.

13.3. В случае если оказанная медицинская помощь выходит за рамки выбранной Страхователем (Застрахованным) Программы, то оплата за оказанную медицинскую помощь производится Страхователем (Застрахованным) по предоставленному Ассистансом счету, самостоятельно.

13.4. Доказывание наступления страхового случая, а также размеров причиненного им вреда лежит на Страхователе (Застрахованном) и Выгодоприобретателе в соответствии с пунктом 4, статьи 817 ГК РК.

13.5. После осуществления страховой выплаты Страховщиком, страховая сумма (лимит ответственности Страховщика) по Договору уменьшается на основании следующих документов:

- 1) счета за медицинское обслуживание, лечение и лекарственные препараты;
- 2) счета за нахождение Застрахованного в стационаре при наступлении страховых случаев.

|                                                                                  |                                                           |                                   |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 26 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                  |

## 14. СРОК ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ ИЛИ ОТКАЗЕ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

14.1. 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.

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

14.3. За несвоевременное осуществление страховой выплаты Страховщик несёт ответственность в соответствии со статьей 353 Гражданского Кодекса Республики Казахстан. Если Страховщиком принято решение об отказе в страховой выплате, он обоснованно мотивирует причину отказа.

14.4. Решение об отказе в оплате медицинских услуг принимается экспертом Страховщика на основании заключения Ассистанса и условий Договора.

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.

14.5. При несогласии Застрахованного с отказом Страховщика в оплате медицинских услуг, отказ может быть оспорен в суде в порядке, предусмотренном законодательством Республики Казахстан.

14.6. При признании Застрахованного безвестно отсутствующим, страховая выплата не производится.

14.7. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если Страхователь (Застрахованный):

- 1) сообщил заранее искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения Договора;
- 2) своевременно не известил о страховом случае;
- 3) имел возможность в порядке, установленном законодательством, но не представил в установленный Договором срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера несчастного случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;
- 4) передал свою медицинскую карточку другим лицам с целью получения ими медицинской помощи.

14.8. Страховщик имеет право не возмещать Ассистансу (Страхователю/Застрахованному/Выгодоприобретателю) затраты за медицинские услуги, связанные с заболеваниями и/или их осложнениями, указанными в пункте 4 настоящих Правил.

14.9. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, оказанные Застрахованному, если:

- 1) они получены по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не оговоренных Договором, если иное не указано в Договоре;
- 2) при страховании на условиях, предусматривающих госпитализацию и стационарное лечение Застрахованных, когда последними не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался, определенный лечащим врачом больничный режим. При этом решение об отказе в суточной компенсации принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения медицинского учреждения.

|                                                                                  |                                                           |                                   |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 27 из<br>29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                  |

## 15. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА

15.1. Помимо общих оснований прекращения обязательств, предусмотренных Гражданским кодексом Республики Казахстан, договор прекращается досрочно в случаях:

- 1) когда перестал существовать объект страхования;
- 2) смерти Застрахованного, не являющегося Страхователем, когда не произошла его замена (пункт 8 статьи 815 Гражданского кодекса Республики Казахстан);
- 3) отчуждения Страхователем объекта имущественного страхования, если Страховщик возражает против замены Страхователя, а договором или законодательными актами Республики Казахстан не установлено иное (пункт 1 статьи 836 Гражданского кодекса Республики Казахстан);
- 4) когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай
- 5) вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации Страховщика, за исключением случаев, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности»;
- 6) изменения условий и сведений, включенных в Договор, оформленный Страховщиком в порядке, предусмотренном законодательными актами Республики Казахстан
- 7) в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности»;
- 8) иные случаи, предусмотренные действующим законодательством Республики Казахстан.

15.1.1. В указанных случаях Договор считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для прекращения договора, о чем заинтересованная сторона должна незамедлительно уведомить другую. Страхователь обязан предоставить подтверждающие документы, по основаниям расторжения предусмотренным данным пунктом.

15.1.2. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если иное не предусмотрено законами Республики Казахстан и Договором.

15.2. За исключением оснований прекращения обязательств, предусмотренных пунктами 15.1. настоящих Правил, а также оснований досрочного прекращения Договора, предусмотренных законодательством Республики Казахстан, Договор прекращается досрочно в случае осуществления Страховщиком страховой выплаты (страховых выплат) в размере страховой суммы по Договору.

15.3. Страховщик вправе отказаться от Договора в одностороннем порядке, путем направления уведомления Страхователю в случаях:

- 1) неуплаты Страхователем страховой премии или очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку;
- 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) невыполнением Страхователем условий Договора;
- 4) передачи Застрахованным медицинской карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по Договору.

15.4. Договор также может быть расторгнут по соглашению Сторон.

15.5. Последствия отказа и досрочного прекращения договора:

15.5.1. При досрочном прекращении договора по обстоятельствам, предусмотренным в пункте 15.1. настоящих Правил, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную им страховую премию за не истекший период действия Договора за вычетом понесенных расходов на ведение дела, которые составляют 35% от общей суммы страховой премии, а

|                                                                                  |                                                           |                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
|  | Правила<br>добровольного страхования<br>на случай болезни | Издание 1: 01.11.2024 г.          | Стр. 28 из 29 |
|                                                                                  |                                                           | Введено в действие: 04.11.2024 г. |               |

также за вычетом произведенных страховых выплат по Договору. Возврат страховых премий (взносов) при ликвидации страховщика осуществляется в соответствии с очередностью удовлетворения требований кредиторов, установленной законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности;

15.5.2. При досрочном прекращении по основаниям перечисленных в пунктах 15.2. и 15.3., уплаченные Страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату;

15.5.3. При отказе Страхователя-физического лица от Договора, в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения Страховщик обязан возвратить 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, которые составляют 10% от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).

При отказе Страхователя от Договора, если это не связано с обстоятельствами, указанными в пункте 15.1. настоящих Правил, в части первой пункта 1 статьи 841 Гражданского Кодекса Республики Казахстан, а также в части первой настоящего пункта, уплаченные Страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату.

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

15.5.5. В случаях, когда досрочное прекращение Договора вызвано невыполнением его условий по вине Страхователя, уплаченные Страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату.

15.6. Договор по основаниям, указанным в п. 15.1.2., 15.4. Правил считается прекращенным с даты подписания Сторонами соглашения о прекращении Договора 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 7 календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

15.7. В случае досрочного прекращения Договора по требованию Страхователя если требования Страхователя обусловлены, неисполнением или ненадлежащим исполнением Страховщиком условий Договора, то последний возвращает Страхователю уплаченные им страховые премии полностью.

15.8. Иной порядок и условия прекращения договора могут быть установлены Договором страхования.

15.9. По согласованию Сторон Договор может быть пролонгирован на следующий срок при условии уведомления одной из Сторон об этом за 30 (тридцать) календарных дней до даты прекращения Договора и уплаты страховой премии.

## 16. ФОРС-МАЖОР

16.1. Стороны не несут ответственности за полное или частичное неисполнение обязательств по Договору вследствие пожара, стихийных бедствий, войны, военных операций любого характера, массовых беспорядков, забастовок, блокады, запрещения экспорта или импорта, принятия государственным органом нормативного акта или других, не зависящих от сторон обстоятельств. Срок исполнения обязательств отодвигается соразмерно времени, в течение которого будут действовать такие обстоятельства.



|                                                                                  |                                                                    |                                   |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
|  | <p>Правила<br/>добровольного страхования<br/>на случай болезни</p> | Издание 1: 01.11.2024 г.          | <p>Стр. 29 из<br/>29</p> |
|                                                                                  |                                                                    | Введено в действие: 04.11.2024 г. |                          |

## 17. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

17.1. Все изменения и дополнения в Договор производятся по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика, на основании заявления одной из сторон и оформляются дополнительным соглашением Сторон.

17.2. Все споры, возникающие в период действия Договора, решаются путем переговоров через Медицинский ассистанс.

17.3. В случае недостижения соглашения сторонами споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

17.4. По соглашению между страхователем и страховщиком на основании настоящих Правил при заключении Договора могут быть предусмотрены дополнительные условия.

17.5. Отказ Страховщика в удовлетворении письменных требований Страхователя, Выгодоприобретателя по разногласиям, вытекающим из Договора может быть обжалован в суде Страхователем/Выгодоприобретателем при условии соблюдения порядка урегулирования спора страховым омбудсманом в порядке и на условиях, предусмотренных законами Республики Казахстан.

17.6. Ознакомившись с настоящими Правилами страхования Страхователь подтверждает:

- 1) Свое согласие и ознакомление с Правилами страхования, разработанными и утвержденными уполномоченным органом Страховщика и действующими на дату заключения Договора и опубликованные на сайте nomadlife.kz.
- 2) Свое согласие 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».

17.7. 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.

17.8. Все платежи по Договору осуществляются в национальной валюте Республики Казахстан – тенге. Страховая сумма, страховая выплата и страховая премия по Договору установлены в национальной валюте Республики Казахстан – тенге и подлежат оплате/выплате в соответствии с условиями Правил и Договора, в тенге.

17.9. Страхователь несет ответственность за отсутствие согласия Застрахованного (Выгодоприобретателя) на сбор и обработку Страховщиком либо третьим лицом персональных данных Застрахованного (Выгодоприобретателя).