

Утверждено
Решением Совета директоров
АО «Компания по
страхованию жизни «Азия
Life»

Протокол заседания № 62

от «02» декабря 2015 г.

Правила добровольного медицинского страхования АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life»

Раздел 1. Общие положения

1. На условиях настоящих Правил добровольного медицинского страхования (далее - правила страхования) АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life» заключает договоры добровольного медицинского страхования с физическими и юридическими лицами (далее – договор страхования).

2. Настоящие Правила страхования содержат Разделы (2-6), относящиеся к различным страховым покрытиям. Страховое покрытие в рамках Договора страхования, может содержать один, несколько или все разделы страхового покрытия, предусмотренного настоящими Правилами. Страховое покрытие определяется Договором страхования, заключаемого Страховщиком.

3. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил страхования и сами Правила страхования изложены в одном документе с договором либо приложены к нему.

4. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил страхования в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

5. Положения, содержащиеся в Договоре страхования, являются приоритетными по отношению к соответствующим положениям Правил страхования.

Раздел 2. Добровольное медицинское страхование

Статья 1. Определения.

1. Страховщик – АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life», осуществляющее страхование, то есть обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Выгодоприобретателю).

2. Страхователь – лицо, заключившее со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования.

3. Застрахованное лицо (Застрахованный, Выгодоприобретатель) - физическое лицо, в чью пользу заключен Договор и кому непосредственно предоставляется Медицинское обслуживание.

4. Медицинское обслуживание - услуги по организации предоставления медицинских услуг, предоставлению медицинских услуг или продаже фармацевтических препаратов Застрахованному лицу Поставщиками медицинских услуг в связи с Заболеванием, а также в связи с предупреждением Заболевания.

5. Врач –специалист с высшим медицинским образованием, имеющий лицензию на занятие частной медицинской практикой, либо работающий у Поставщика медицинских услуг;

6. Договор страхования –Договор добровольного медицинского страхования, заключенный между Страховщиком и Страхователем в отношении медицинского страхования Застрахованных(ого) лиц(а).

7. Программа страхования –описание выбранного страхового покрытия, определяющего основные признаки страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты), как в целом по договору

страхования, так и по отдельным видам услуг или заболеваний. Программа страхования может включать все или отдельные разделы медицинского страхования.

8. Страховая премия - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату в размере, определенном Договором страхования.

9. Поставщики медицинских услуг – физические и юридические лица, имеющие соответствующие лицензии на оказание медицинских услуг или продажу фармацевтических препаратов в Республике Казахстан.

10. Уполномоченные поставщики медицинских услуг – поставщики медицинских услуг, заключившие договор со Страховщиком или медицинской сервисной компанией на Медицинское обслуживание Застрахованных лиц, указанные в договоре страхования. Уполномоченные поставщики медицинских услуг также являются Выгодоприобретателями по договору страхования.

11. Медицинская пластиковая карточка – информационная карточка, выдаваемая Страховщиком Застрахованному лицу в соответствии с Договором страхования, на котором указан идентификационный номер, фамилия, имя и отчество Застрахованного, даты начала и окончания страховой защиты, а также телефоны CALL-центра Страховщика или медицинской сервисной компании. Медицинская пластиковая карточка подтверждает право Застрахованного лица на получение Медицинского обслуживания со стороны Уполномоченных поставщиков медицинских услуг и/или возмещение медицинских расходов в соответствии с Программой страхования Застрахованного лица. Медицинская пластиковая карточка действительна только при предъявлении удостоверения личности Застрахованного лица.

12. Заболевание - любое поддающееся обнаружению негативное изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица в течение действия настоящего Договора страхования с учетом определений и исключений, предусмотренных настоящими Правилами страхования, Договором страхования и соответствующей Программой страхования Застрахованного лица.

13. Хроническое заболевание - негативное изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица, имеющее хотя бы один из следующих признаков:

- 1) является постоянным и/или ставится постоянный диагноз;
- 2) ведет к частичной нетрудоспособности;
- 3) причиной являются необратимые патологические изменения;
- 4) требует специального режима пациента для реабилитации;
- 5) ожидается, что потребует длительного периода надзора, наблюдения или ухода.

14. Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы, определенной соответствующей Программой страхования Застрахованного лица при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия настоящего Договора страхования.

15. Страховой случай - обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением услуг, предусмотренных Программой страхования в связи с Заболеванием, а также в связи с предупреждением Заболевания, и возникновение подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание или расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию.

16. Страховое покрытие – условия осуществления страховой выплаты, предусмотренные Договором и соответствующей Программой страхования (в том числе страховая сумма – общая и по отдельным видам Медицинского обслуживания, франшизы – если применимо, и т.д.) и определяющие основные признаки Страхового случая.

17. Страховая сумма (страховой лимит) - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора страхования.

18. Члены семьи – супруг (супруга) в возрасте до 65 лет и дети в возрасте до 18 лет, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Статья 2. Объект страхования

1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Застрахованного лица (Застрахованного), связанные с риском возникновения затрат на получение медицинской помощи.

Статья 3. Застрахованные

1. Застрахованными могут быть лица в возрасте от 1 года до 65 лет, если иное не оговорено Договором страхования.

2. Не подлежат страхованию лица, которые:

1) являются инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства;
2) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных и кожно-венерологических диспансерах;

3) госпитализированы на момент заключения договора страхования по любому заболеванию;

4) имеют на дату заключения договора страхования, следующие заболевания:
профессиональные заболевания;
радиационные, УВЧ и СВЧ поражения;
заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардит Абрамова-Фидлера, кардиомиопатии, сердечно-сосудистые заболевания с НК ПБ-III;

заболевания крови: гемобластозы, апластические и гипопластические анемии;

заболевания эндокринной системы: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитома, врожденный гипотиреоз, гипопизарный нанизм;

ревматические болезни: ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани);

синдром Шегрена, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца (пороки, которые приводят к недостаточности кровообращения НК ПБ-III); ревматоидный артрит с нарушением функции суставов II, III степени; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит;

заболевания почек: амилоидоз, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II – III степени;

заболевания дыхательной системы: синдром Гудпасчера;

наследственные заболевания, врожденные пороки развития;

заболевания Центральной Нервной Системы: последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия.

ВИЧ-инфицированные (СПИД);

злокачественные, в том числе онкогематологические новообразования.

3. Расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 2 настоящей статьи не покрываются Страховщиком.

4. При выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии у Застрахованного ранее диагностированных заболеваний, указанных в пункте 2 настоящей статьи на момент заключения договора страхования, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц.

5. Если заболевания, указанные в пункте 2 настоящей статьи, у Застрахованного впервые диагностируются в период действия Договора страхования, Страховщик возмещает расходы, понесенные застрахованным по данному заболеванию, только до момента постановки диагноза при амбулаторно-поликлиническом обследовании, либо до окончания курса стационарного лечения по экстренным и (или) лечебным показаниям, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен. Договор страхования в отношении таких Застрахованных продолжает свое действие. При этом дальнейшие расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 2 настоящей статьи, Страховщиком не покрываются.

Статья 4. Страховая сумма

1. Страховая сумма (страховой лимит) – определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и которая является основой для определения размера страховой премии.

2. Страховой суммой является предельный объем ответственности Страховщика по Договору страхования при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком отдельно для каждого Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования.

3. Страховая сумма может быть установлена как по всему Договору страхования, так и по отдельным видам услуг и/или Заболеваниям, как для каждого Застрахованного, так и в целом для Страхователя, в соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программы страхования.

4. В течение срока договора страховая сумма по соглашению сторон может быть изменена путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования.

Статья 5. Медицинские показания

1. Медицинские показания - объективные причины и условия для получения тех или иных медицинских услуг по диагностике и лечению Заболевания.

2. Медицинские услуги и медикаменты считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и/или лечения Заболевания у застрахованного.

3. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты:

1) не являются необходимыми для диагностики и/или лечения Заболевания в соответствии с действующими стандартами и протоколами диагностики и/или лечения такого Заболевания;

2) назначены в объеме (по интенсивности, количеству или длительности) большем, чем это требуется для проведения диагностики и/или лечения Заболевания в соответствии с действующими стандартами и протоколами;

3) назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ.

4. Экстренные медицинские показания – состояния, при которых медицинская помощь должна быть оказана немедленно и отказ или промедление в оказании медицинской помощи может привести к развитию тяжелых и/или необратимых негативных изменений в состоянии здоровья Застрахованного вплоть до летального исхода. Экстренными медицинскими показаниями (состояниями) являются:

1) острая боль (боли в животе, боли в области сердца);
2) гипертермия выше 38С;
3) абсцессы, панариции, другие гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;

4) бессознательное состояние;
5) наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;

6) ожоги и обморожения;
7) травмы;
8) отравления;
9) острые аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса, крапивница);

10) судороги;
11) острые хирургические состояния;
12) острая почечная недостаточность;
13) острая печеночная недостаточность;
14) острая церебральная недостаточность;
15) острая дыхательная недостаточность;
16) острая сердечно-сосудистая недостаточность;
17) острый инфаркт миокарда;
18) гипертонический криз; осложненный гипертонический криз, при котором

диагностируются следующие состояния при повышенном артериальном давлении:

острая гипертоническая энцефалопатия;

острое нарушение мозгового кровообращения;

острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких);

острый коронарный синдром (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия);

расслаивающая аневризма аорты;

тяжелое артериальное кровотечение;

эклампсия;

19) нестабильная стенокардия;

20) шок любой этиологии.

5. Лечебные показания - медицинские показания, при которых необходимы диагностика и/или лечение Заболеваний, не требующих экстренной медицинской помощи (состояния, не перечисленные, как экстренные показания в пункте 4 настоящей статьи).

6. При стационарном лечении Заболевания Страховщик покрывает расходы на диагностику и/или лечение, связанные только с таким Заболеванием или его последствиями. Страховщик не покрывает расходы, связанные с дополнительной диагностикой других заболеваний и лечением

сопутствующих или дополнительно выявленных заболеваний, а также дополнительные расходы за размещение в палатах повышенной комфортности.

Статья 6. Страховой случай

1. Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. В соответствии с настоящими Правилами, Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением медицинской помощи или услуг, предусмотренных Программой страхования в связи с Заболеванием и/или в связи с предупреждением Заболевания, и возникновение подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание и/или подлежащих возмещению расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию.

2. Не является Страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг:

1) не предусмотренных договором страхования;

2) в медицинские учреждения, не предусмотренные Программой страхования, без предварительного согласования со Страховщиком;

3) в связи с получением травмы Застрахованным лицом при управлении им любым транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также при передаче им управления лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

4) в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

3. Не признается Страховым случаем обращение Застрахованного лица за медицинскими услугами, необходимость в получении которых возникла в результате:

1) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

2) аварии на производственных и иных объектах, повлекших массовые поражения;

3) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4) гражданской войны, народных волнений всякого рода и забастовок, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных и гражданских властей;

5) природных катастроф (наводнения, пожара, землетрясения и иных стихийных бедствий).

4. Договор добровольного страхования на случай болезни заключается по Программе страхования, предусматривающей конкретные условия страхового покрытия, основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг или Заболеваний. Указанные Программы страхования могут предусматривать предоставление Застрахованному лицу следующих видов медицинской помощи:

1) амбулаторно-поликлиническая помощь, помощь на дому;

2) стационарная медицинская помощь;

3) скорая медицинская помощь;

4) реабилитационно-восстановительное лечение;

5) а также покрытие расходов или предоставление услуг в соответствии с разделами 2-6 настоящих Правил.

Статья 7. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования

1. Не является Заболеванием и/или Страховым случаем, согласно условиям настоящего договора, если иное не указано в программе страхования:

1) Заболевания, указанные в приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526 «Об утверждении Перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения», а также заболевания, указанные в Приказе министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан № 367 от 21 мая 2015 года «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих»:

а) карантинные инфекции: оспа, полиомиелит (вызванный диким полиовирусом), человеческий грипп (вызванный новым подтипом), тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса, болезнь, вызванная вирусом Марбург, болезнь, вызванная вирусом Эбола, лихорадка Западного Нила, лихорадка Денге, лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт), менингококковая инфекция;

- б) особо опасные инфекции: ВИЧ-инфекция, СПИД, крымская геморрагическая лихорадка, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лепра, бешенство, лептоспироз, листериоз, туберкулез, туляремия, бруцеллез, сибирская язва, ящур;
- в) паразитарные заболевания: эхинококкоз, малярия, чесотка и т.д.;
- г) воздушно-капельные инфекции: дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, носительство возбудителей дифтерии, врожденная краснушная инфекция (синдром врожденной краснухи), гемофильная инфекция, столбняк;
- д) острые инфекционные заболевания: острые вирусные гепатиты, брюшной тиф и паратифы А, В, С, сальмонеллез, дизентерия, иерсиниоз, риккетсиозы, клещевой вирусный энцефалит;
- е) венерические заболевания (сифилис, гонорея и т.д.).
- ж) злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;
- з) психические заболевания (а также травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы), эпилепсия;
- и) наркологические заболевания (наркомания, токсикомания, алкоголизм);
- к) сахарный диабет I типа;
- л) дерматомиозит, склеродермия, СКВ (системная красная волчанка), болезнь Бехтерева,;
- м) наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц (болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона, миастения, миопатия, наследственные мозжечковые атаксии Пьера-Мари, болезнь Фридрейха, прогрессирующая мышечная дистрофия, невральные амиотрофии; гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова);
- н) демиелинизирующие заболевания нервной системы (болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, сирингомиелия, БАС – боковой амиотрофический склероз); детский церебральный паралич;
- о) фенилкетонурия; муковисцидоз; врожденный ихтиоз;
- п) бронхиальная астма;
- 2) паразитарные и инфекционные заболевания (гельминтозы): аскаридоз, лямблиоз, анкилостомидоз, описторхоз, цестодозы, демодекозы и т.д.;
- 3) состояние реабилитации после инфаркт миокарда;
- 4) доброкачественные и злокачественные новообразования, в т.ч. кисты, полипы, папилломы, миомы, кондиломы, и т.д. и гиперпластические процессы (аденоидные разрастания, эрозия шейки матки, в том числе псевдоэрозия, лейкоплакия, эндометриоз и т.д.);
- 5) хронические кожные заболевания: микозы, псориаз, нейродермит атопический дерматит, аллопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая болезнь, а так же любые виды/формы лишая, независимо от нозологии;
- 6) микозы, кроме микозов возникших вследствие недавней антибиотикотерапии, а так же слизистых оболочек полости рта, ЛОР-органов, легочного микоза, кандидоза ЖКТ;
- 7) диагностика и лечение заболеваний, передающихся половым путем (ЗПП) (ИФА, ПЦР и РИФ), в том числе: гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, гарднереллез кандидозы и др.;
- 8) заболевания кишечника: болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, дисбактериозы, целиакия, хронический энтерит и др.;
- 9) диагностика и лечение заболеваний костно-мышечной системы (сколиозы, кифозы, лордозы, плоскостопие и т.д.);
- 10) стационарное лечение остеохондрозов, за исключением стационарного лечения по хирургическим показаниям;
- 11) глазные болезни: миопия, астигматизм, гиперметропия, катаракта, глаукома, ретинопатии, спазм аккомодации, отдаленные последствия травмы глаза в виде отслойки сетчатки, услуги по массажу век и биостимуляции глазного яблока. Расходы, связанные с хирургической коррекцией зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции, связанные с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
- 12) медицинские расходы, связанные с пластическими реконструктивными (восстановительными) операциями; косметологическое лечение и другие виды лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, включая ринопластику с косметической и лечебной целями; медицинские расходы, связанные с коррекцией веса и фигуры; расходы, связанные с хирургическим изменением пола, и т.д.;
- 13) диагностика и лечение расстройства питания и нарушения обмена веществ: ожирение, мочекаменный диатез, подагра, дистрофия и т.д.;

14) диагностика и лечение эндокринных заболеваний: заболевания щитовидной железы, в том числе гипотиреоз, гипертиреоз, эндемический зоб и их последствия (за исключением первичной консультации эндокринолога и однократных исследований до постановки диагноза); синдром нарушения толерантности к глюкозе, сахарный диабет I - II типа, несахарный диабет, Аддисонова болезнь, хронический гипокортицизм,

15) заболевания, относящиеся к ревматическим болезням: системная красная волчанка, узелковый периартериит, системная склеродермия, болезнь Бехтерева, болезнь Шагрена, полиоостеоартроз, спондилез, ревматоидный артрит; полиартрит, ДООА (деформирующий остеоартроз) ревматизм, системный васкулит, микрористаллический артрит (например, подагра) и прочих заболеваний, относящихся к ревматическим согласно рабочей классификации ревматических болезней Всемирной Организации Здравоохранения;

16) заболевания костной системы (остеопороз, пяточная шпора, дисплазии хронические остеомиелиты и т.д.),

17) аутоиммунные заболевания (АИТ (зоб), АИГ (гепатит), АИ заболевания крови и т.д.);

18) заболевания мочеполовой системы: поликистоз почек и яичников; хронический гломерулонефрит, ХПН 2-3 стадии, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения;

19) диагностика и лечение простатитов (за исключением первичной консультации уролога и необходимых минимальных исследований до постановки диагноза), аденома предстательной железы, урологический массаж;

20) диагностика и лечение бесплодия, нарушений менструального цикла, нарушений потенции, климакса, все методы контрацепции; медицинские расходы, связанные с генетическими исследованиями и(или) другими услугами по планированию семьи;

21) хронические заболевания дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;

22) хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии;

23) заболевания печени: цирроз печени, хронические гепатиты любой этиологии, стеатогепатоз;

24) хроническая почечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность и хроническая печеночная недостаточность, и другие заболевания органов и тканей, требующих проведение гемодиализа так же других экстракорпоральных методов лечения: плазмафереза и гемосорбции, УФО крови, лазерное облучение крови (ВЛОК);

25) заболевания центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствия;

26) хронические заболевания сосудов: варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, варикозное расширение вен прямой кишки- требующее хирургического лечения; аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующий эндартериит, облитерирующий атеросклероз синдром Вегенера;

27) медицинские расходы, связанные с лечением хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения);

28) заболевания и их последствия, возникшие до начала периода страхования;

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

30) медицинские расходы, связанные с диагностикой на аппарате Юникап и лечение аллергических хронических заболеваний вне стадии обострения, аллергодиагностика, лечение аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;

31) терапевтические методы, используемые в периоде ремиссии респираторных аллергозов (напр., специфическая гипосенсибилизация, гистаминотерапия и методы вегетотропной терапии);

32) использование фармакопрепаратов, амбулаторное и стационарное лечение, иммунограмма, ИФА диагностика, физиотерапевтические процедуры в периоде клинико-лабораторной ремиссии аллергических заболеваний;

33) нетрадиционные методы диагностики и лечения: ириодиагностика, аурикулодиагностика, водные процедуры, сухая и подводная вытяжки, грязелечение, аутогемотерапия, гипербарическая оксигенация (ГБО), вакуумная терапия, мануальная терапия, иглотерапия, рефлексотерапия,

траволечение, лечение в барокамере, флотинг -ванны, трудотерапия, гирудотерапия, исследование по Фоллю, ИФС, биорезонансная терапия, иглорефлексотерапия, УВТ и т.д., гомеопатия, кишечное орошение и жемчужные ванны;

34) массаж, не назначенный по медицинским показаниям в связи с Заболеванием или проводимый в один курс более, чем для одной зоны;

35) возрастные дегенеративные изменения организма;

36) подбор, приобретение и ремонт корректирующей техники (очки, линзы, протезно-ортопедические изделия, слуховые аппараты и т.д.)

37) заболевания органов и тканей, требующих их трансплантации или имплантации или протезирования, в том числе эндопротезирование, реконструктивные операции, операции по пересадке органов и тканей, а так же последствия таких операций;

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

39) консультации и все методы лабораторно-инструментальных обследований, связанные с ведением беременности и родовспоможением, если иное не входит в программу страхования;

40) расходы, связанные с проведением стерилизации, связанные с прерыванием беременности (медицинские и медикаментозные аборты), за исключением случаев прямо угрожающих жизни Застрахованного. Последствия и осложнения таких манипуляций;

41) патронаж ребенка до 1 (одного) года жизни, если иное не предусмотрено программой страхования;

42) выдача листов нетрудоспособности по уходу за ребенком, если родитель, которому выдается листок нетрудоспособности и/или ребенок не являются застрахованным;

43) медицинские расходы, связанные с диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ в целях определения уровня половых гормонов крови, отвечающих за репродуктивную функцию;

44) медицинские расходы, связанные с диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если это не предусмотрено программой страхования застрахованного;

45) стоматологические расходы по протезированию, подготовке к ортопедии, косметологии (отбеливание, чистка и снятие зубных отложений), ортодонтии, если иное не предусмотрено программой страхования;

46) медицинские расходы, связанные с услугами психолога и психотерапевта;

47) профессиональные заболевания (заболевания, возникшие в результате воздействия на организм неблагоприятных факторов производственной среды);

48) заболевания либо несчастные случаи, являющиеся результатом военных действий или непосредственного участия Застрахованного в общественных беспорядках, забастовках, народных волнениях различного рода, стихийных бедствий;

49) травма, заболевание, ухудшение состояния здоровья, являющиеся последствием алкогольного или наркотического, психотропного опьянения, за исключением употребления лекарственных препаратов с высокой и средней концентрацией алкоголя или наркотических средств и психотропных веществ по предписанию врача;

50) умышленное причинение телесных повреждений, в том числе покушение на самоубийство;

51) заболевания или травмы, являющиеся результатом занятия профессиональным или любительским спортом, в том числе занятие альпинизмом, спелеологией, участие в скачках, автогонках, управлении летательного аппарата, участие в различного рода испытаниях;

52) острая и хроническая лучевая болезнь;

53) медицинские расходы, связанные с прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием) для поступления на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения, на работу или воинскую службу, для участия в спортивных мероприятиях, 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, для получения справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, мероприятий;

54) расходы по заболеваниям с профилактическим и плановым лечением, если иное не предусмотрено программой страхования;

55) приобретение медицинских изделий для профилактических, лечебных показаний (маски, ингаляторы, градусники, бинты, вата, лейкопластырь, клизмы и т.д.), а так же приобретение не

медикаментозных средств медицинского назначения (исключения шприцы, системы, венозные катетеры по любым показаниям; пластины, спицы, шурупы, гипс необходимые по экстренным показаниям);

56) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан.

2. Не включаются в Страховое покрытие (не является Страховым случаем) приобретение следующих медицинских препаратов:

1) контрацептивные препараты (кроме тех случаев, когда назначаются по лечебным показаниям);

2) поливитамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения);

3) противотуберкулезные препараты при лечении туберкулеза (кроме тех случаев, когда антибиотики применяются при аллергии на все другие группы антибиотиков);

4) биологические активные добавки (БАДы);

5) гомеопатические препараты;

6) анорексантные средства;

7) косметические и гигиенические средства;

8) биологические стимуляторы;

9) энзимы (кроме пищеварительных ферментов);

10) антидепрессанты, ноотропы.

3. Программой страхования может быть предусмотрено обратное включение в Страховое покрытие некоторых из исключений, указанных в пунктах 1 и 2 настоящей статьи, либо могут быть предусмотрены дополнительные исключения из Страхового покрытия.

Статья 8. Страховая премия

1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятое им на себя обязательство осуществить страховую выплату при наступлении Страхового случая в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

2. Страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку) – часть страховой премии, уплачиваемой Страхователем.

3. Размер страховой премии по договору страхования зависит от выбранных Страхователем Программ страхования, величины страховой суммы и срока страхования.

4. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования при заключении договора страхования или в рассрочку (уплата страховых взносов). Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

5. Страховая премия может быть уплачена Страхователем или по его поручению иным лицом посредством:

1) безналичных расчетов;

2) внесения наличных денег в кассу Страховщика;

3) иным способом, не запрещенным действующим законодательством Республики Казахстан, по соглашению сторон.

Статья 9. Договор страхования: срок и место действия, порядок заключения, условия прекращения

1. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год с действием на территории Республики Казахстан, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.

2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан.

3. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение Правил страхования и/или сами Правила страхования изложены в одном документе с договором либо приложены к нему.

4. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил страхования в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

5. При наличии более одного Застрахованного лица Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, который прилагается к договору

страхования и является его неотъемлемой частью. Страхователь – юридическое лицо представляет список Застрахованных лиц с указанием:

- 1) фамилий, имен, отчеств;
- 2) дат рождения;
- 3) домашних адресов и телефонов;
- 4) паспортных данных;
- 5) пола;
- 6) должности.

Застрахованное лицо может быть заменено Страхователем с согласия Страховщика. До момента получения Страховщиком указанных изменений, заключенный договор сохраняет силу в отношении Застрахованных лиц, указанных в ранее представленных списках.

6. Застрахованное лицо заполняет медицинскую анкету установленной формы и несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений при медицинском анкетировании. При этом Страхователь обязан проинформировать Застрахованного (лицо, которое будет включено в список Застрахованных) о такой необходимости.

7. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Застрахованным лицом данных. В случае, если будет установлено, что Застрахованный сообщил о себе ложные данные, имеющие существенное значение для оценки степени страхового риска, Страховщик может предложить доплатить страховую премию либо отказать Страхователю в заключении договора страхования.

8. Договор страхования заключается путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком.

9. В течение 7-ми рабочих дней после уплаты страховой премии (страхового взноса), при условии представления Списка Застрахованных, Страхователю передаются Медицинские пластиковые карточки (по количеству Застрахованных лиц) с приложением Правил страхования и Программ страхования.

10. Страховщик вправе самостоятельно (лично или через страхового посредника) вручить указанные выше документы Застрахованным лицам.

11. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до окончания, установленного в договоре, срока страхования.

12. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяет свое действие на страховые случаи, произошедшие в сроки, указанные в договоре страхования, на территории Республики Казахстан, если иное не оговорено в нем.

13. Договор страхования прекращается в случаях:

- 1) истечения срока его действия;
- 2) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме (оплата стоимости медицинских услуг в размере страховой суммы);

3) смерти Застрахованного лица, если по договору страхования было застраховано только одно лицо. В случае, если по договору страхования, заключенного Страхователем – физическим лицом, Застрахованными лицами являются и другие физические лица, то в случае смерти Страхователя Застрахованное лицо может принять на себя обязанности Страхователя по договору страхования;

- 4) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
- 5) расторжения договора по соглашению сторон;
- 6) расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;
- 7) расторжения договора страхования по инициативе Страховщика в случаях:

неуплаты Страхователем страховой премии (ее очередного страхового взноса) в установленные сроки;

отказа Страхователя, уведомленного об увеличении стоимости медицинских услуг, от изменений условий договора или доплаты страховой премии по требованию Страховщика;

установления факта передачи Застрахованным лицом Медицинской пластиковой карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по договору страхования;

в иных случаях, предусмотренных законодательством.

14. Возврат страховой премии (страховых взносов) за неистекший срок в случае досрочного прекращения договора страхования производится, если иное не предусмотрено в договоре, только в случае отсутствия страховых выплат по такому договору. Возврат страховой премии производится исходя из фактически поступившей по договору страхования суммы страховой премии (страховых

взносов); пропорционально неистекшему периоду страхования, за который уплачена страхования премия (страховой взнос) за вычетом расходов на ведение дела.

15. О намерении досрочного прекращения договора страхования по основаниям, указанным в пп 5) и 6) п.13 настоящей статьи, стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, договор страхования считается расторгнутым по истечении 10-ти дней с момента направления уведомления о прекращении договора страхования другой стороне. В остальных случаях договор страхования прекращается в 00:00 дня, следующего за днем, в котором наступили соответствующие основания.

Статья 10. Права и обязанности сторон

1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

1) получать разъяснения о Правилах страхования, условиях Договора страхования и о Программах страхования, а также о порядке предоставления Медицинского обслуживания и об Уполномоченных поставщиках медицинских услуг;

2) получать Медицинское обслуживание, предусмотренное Договором страхования и соответствующей Программой страхования, оплаченное Страховщиком, или возмещение расходов на Медицинское обслуживание, полученное в соответствии с Договором страхования и соответствующей Программой страхования;

3) обращаться к Страховщику для организации Медицинского обслуживания в случае Заболевания;

4) обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить Страховую выплату;

5) досрочно расторгнуть Договор в установленном законодательством Республики Казахстан порядке;

6) осуществлять контроль за выполнением условий Договора страхования;

7) осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан и Правилами страхования.

2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

1) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении договора страхования в соответствии с запросом (анкетой) Страховщика;

2) уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором;

3) при наступлении страхового случая уведомить Страховщика в порядке, предусмотренном пунктом 1 статьи 12 раздела 2 настоящих Правил;

4) соблюдать условия Договора, назначения и предписания лечащего врача, полученные в ходе лечения Заболевания, а также режим и распорядок стационара в случае госпитализации. Невыполнение этого требования может служить основанием для отказа в Страховой выплате по страховым случаям, явившимся следствием доказанного нарушения таких назначений и предписаний, режима и распорядка;

5) заботиться о сохранности медицинской пластиковой карточки, и не передавать ее другим лицам с целью получения такими лицами Медицинского обслуживания; при утере медицинской пластиковой карточки немедленно после обнаружения этого факта известить Страховщика;

6) при утере Медицинской пластиковой карточки или указании некорректной информации Страхователем при заполнении данных для заказа карточки оплатить сумму, определенную Договором страхования в счет возмещения затрат Страховщика на перевыпуск Медицинской пластиковой карточки;

7) при откреплении застрахованных в связи с увольнением сотрудника уведомить Страховщика о прекращении страхования в отношении уволенного сотрудника и членов его семьи не позднее, чем в течение 5 (пяти) рабочих дней после увольнения такого сотрудника. В случае несвоевременного предоставления вышеуказанной информации Страхователь обязан возместить Страховщику расходы по Медицинскому обслуживанию открепленных застрахованных, произведенные в период после увольнения и до даты уведомления Страховщика;

8) предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;

9) предпринимать все возможные и целесообразные меры для предотвращения или уменьшения убытков от страхового случая.

3. Страховщик имеет право:

- 1) проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящего Договора;
 - 2) запрашивать историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном лице, в том числе информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица;
 - 3) направлять запросы соответствующим Поставщикам медицинских услуг и иные компетентные организации по факту страхового случая;
 - 4) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;
 - 5) требовать от Застрахованного заполнить анкету Страховщика о состоянии здоровья и/или направить Застрахованного для прохождения медицинского обследования для оценки фактического состояния его здоровья (за счет Страховщика). В случае обнаружения предоставления недостоверной информации в анкете или отказа Застрахованного пройти медицинское обследование, Страховщик имеет право прекратить или ограничить действие страхового покрытия в отношении такого Застрахованного;
 - 6) требовать от Страхователя (Застрахованного лица) информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства его возникновения, а также прохождения независимой медицинской экспертизы (за счет Страховщика) для подтверждения возмещаемых расходов;
 - 7) отказать в страховой выплате, если Застрахованное лицо не предоставило документы, подтверждающие получение Медицинского обслуживания, отказалось от прохождения медицинской экспертизы, либо в других случаях необоснованных требований;
 - 8) при расторжении настоящего Договора – на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, плюс 15% от общей суммы страховой премии в счет возмещения расходов на административные расходы;
 - 9) требовать внесения изменений в условия настоящего Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае, если после подписания настоящего Договора произошли существенные изменения страхового риска.
4. Страховщик обязан:
- 1) ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с Правилами страхования;
 - 2) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором;
 - 3) возместить Страхователю (Застрахованному лицу) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
 - 4) обеспечить тайну страхования;
 - 5) в течение 7 (семи) рабочих дней, после уплаты страховой премии, выдать Страхователю (Застрахованному лицу) медицинские пластиковые карточки;
 - 6) обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;
 - 7) по письменному запросу Страхователя, в течение 7 (семи) рабочих дней после получения запроса, предоставлять отчет о произошедших страховых случаях за период с начала действия Договора и до даты запроса;
 - 8) организовать предоставление Застрахованному Медицинского обслуживания, предусмотренного Договором и соответствующей Программой страхования, с учетом режима работы Медицинских поставщиков.
5. Стороны вправе пользоваться иными правами и исполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования и положениями действующего законодательства Республики Казахстан.

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

1. Значительным увеличением страхового риска является выявление у Застрахованного лица какого-либо хронического заболевания либо обстоятельства, включенного в список исключений из страховых случаев или Заболеваний, предусмотренных пунктом 2 статьи 3 раздела 2 настоящих Правил, не известных Страховщику до даты заключения настоящего Договора. Такое увеличение страхового риска может быть выявлено на основе анкетирования, медицинского лечения, в ходе Медицинского обслуживания и на основе информации Застрахованного лица, либо на основе других фактических данных. Хроническим заболеванием является расстройство здоровья, имеющее хотя бы один из следующих признаков:

- 1) является постоянным и/или ставится постоянный диагноз;
 - 2) ведет к частичной нетрудоспособности;
 - 3) причиной являются необратимые патологические изменения;
 - 4) требует специального режима пациента для реабилитации;
 - 5) ожидается, что потребует длительного периода надзора, наблюдения или ухода.
2. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.
3. При выявлении мошеннических действий со стороны Застрахованного лица, Страховщик вправе потребовать исключения такого Застрахованного лица из списка Застрахованных лиц без пересмотра страховой премии по настоящему Договору.
4. Страховщик не вправе требовать изменений условий настоящего Договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

Статья 12. Действия Застрахованного лица при наступлении страхового случая

1. При возникновении Заболевания Застрахованный уведомляет о наступлении страхового случая одним из следующих способов:

1) обращается к Страховщику за организацией Медицинского обслуживания, позвонив в CALL-центр Страховщика или медицинской сервисной компании, телефон которого указан на медицинской пластиковой карточке. Страховщик либо организует прием семейного врача, либо в экстренных случаях направляет семейного или дежурного врача на дом или рабочее место, либо другое местонахождение Застрахованного в пределах административных границ городов Республики Казахстан;

2) уведомляет Страховщика об обращении за Медицинским обслуживанием к Уполномоченному поставщику медицинских услуг, позвонив в CALL-центр Страховщика. В случае, если такое Медицинское обслуживание должно быть оплачено Страховщиком (а не за наличный расчет), такое уведомление должно быть сделано не позднее, чем за 6 часов до времени назначенного приема врача, с 9-00 до 17-30 в рабочие дни (с понедельника по пятницу);

3) в случае экстренного вызова скорой помощи 103, уведомление о страховом случае должно быть сделано в течение 24 часов со времени приезда скорой помощи. Уведомление может быть сделано Застрахованным, родственниками Застрахованного или врачом скорой помощи по телефону CALL-центра Страховщика;

4) в случае выезда за рубеж - письменно (по электронной почте, нарочным, подачей заявления или другим письменным образом), не позднее, чем за 2 (два) рабочих дня до выезда уведомляет Страховщика с предоставлением следующей информации - срок и страна(ы) поездки, фамилия и имя на английском языке в соответствии с данными паспорта, дата рождения, номер паспорта и ИНН - требуемой для выпуска соответствующей страховой документации и активизации страхового покрытия за рубежом. Порядок получения Медицинского обслуживания за рубежом оговаривается в договоре страхования.

2. В случае, если Застрахованный не уведомит Страховщика о страховом случае или о выезде за рубеж в порядке, описанном в пункте 1 настоящей статьи, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате или ограничить ее суммой по своему усмотрению.

3. Медицинское обслуживание, назначенное семейным либо другим врачом в связи с Заболеванием Застрахованного (страховым случаем), о котором Страховщик был уведомлен в соответствии с пунктом 1 настоящей статьи, считается страховым случаем при условии включения таких услуг в страховое покрытие в соответствии с условиями Договора страхования и соответствующей Программы страхования Застрахованного. В случае получения Медицинского обслуживания у Уполномоченных Поставщиков медицинских услуг Страховщик оплачивает стоимость Медицинского обслуживания непосредственно такому поставщику. В остальных случаях Страховщик возмещает сумму затрат Застрахованного на получение Медицинского обслуживания в соответствии с условиями Договора страхования при предоставлении документов, подтверждающих наступление страхового случая в соответствии с пунктом 1 статьи 13 Раздела 2 настоящих Правил на основании Заявления Страхователя (Застрахованного) на возмещение затрат Застрахованного (страховых выплат). Заявление должно быть подано не позднее 24 дней после даты получения услуг.

Статья 13. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков. Порядок, условия и сроки принятия решений об осуществлении страховых выплат

1. Документами, подтверждающими наступление страхового случая и размер страховой выплаты, являются:

1) копии выписки из истории болезни Застрахованного (амбулаторного или стационарного лечения), заверенные личной печатью врача и медицинского учреждения;

2) копии медицинских заключений лечащих врачей, копии рецептурных бланков, стоматологические заказ-наряды, копии заключений рентгенологов, и другие документы, подтверждающие получение медицинских услуг;

3) оригиналы фискальных чеков и товарных чеков (счетов-фактур, квитанций об оплате) с указанием наименования каждого медицинского препарата, процедур, консультаций врачей, их количества и стоимости.

4) для получения возмещения затрат Застрахованного на получение Медицинского обслуживания - заявление Страхователя (Застрахованного) с приложением документов, указанных в пп. 1-3 настоящей статьи. За предоставление вышеуказанных документов, их полноту и подлинность ответственность несет Застрахованный. Все указанные документы предоставляются Страхователем/Застрахованным не позднее, чем в течение 24 (двадцати четырех) рабочих дней после наступления страхового случая. В случае предоставления документов позже вышеуказанного срока Страховщик имеет право отказать в возмещении расходов.

2. Страховщик имеет право запросить другие документы, материалы и информацию у Застрахованного и/или Поставщика медицинских услуг, предоставивших Медицинское обслуживание, для установления факта наступления страхового события и размера страховой выплаты. Все такие документы и информация должны быть представлены Страховщику бесплатно. Дополнительные документы, а также недостающие документы в соответствии с пунктом 1 статьи 13 раздела 2 Правил страхования должны быть запрошены Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения счета от Поставщика медицинских услуг или заявления от Застрахованного.

3. Возмещение по страховым случаям может получить либо сам Застрахованный, по предъявлению удостоверения личности, либо его уполномоченное лицо по предъявлению доверенности от Застрахованного с приложением копии удостоверения личности. В случае, если такое уполномоченное лицо не является членом семьи Застрахованного, получающего возмещение, доверенность от Застрахованного должна быть заверена по месту работы Застрахованного (отделом кадров, управлением по работе с персоналом или др.), либо нотариально.

Статья 14. Страховая выплата. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

1. Выгодоприобретателем по страховой выплате является Застрахованный и/или Поставщик медицинских услуг.

2. Размер страховой выплаты равен стоимости Медицинского обслуживания полученного Застрахованным в связи со страховым случаем, и устанавливается на основании документов, перечисленных в пункте 1 статьи 13 Раздела 2 настоящих Правил, согласно Программам страхования и Договора. Решение об осуществлении страховой выплаты или отказе в ее осуществлении принимается в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в пунктах 1 и 2 статьи 13 Раздела 2 настоящих Правил.

3. Страховщик имеет право за свой счет провести экспертизу назначенного Застрахованному объема и качества Медицинского обслуживания и назначить дополнительное медицинское обследование для установления состояния здоровья Застрахованного и правильности назначенного лечения. Результаты такой экспертизы или дополнительного медицинского обследования могут служить основанием решения Страховщика об осуществлении страховой выплаты или отказе в страховой выплате.

4. Страховая выплата осуществляется путем оплаты стоимости соответствующего Медицинского обслуживания, полученного Застрахованным в связи со Страховым случаем, непосредственно Уполномоченным поставщикам медицинских услуг или путем возмещения затрат Застрахованного на Медицинское обслуживание, полученное в связи со страховым случаем. Страховая выплата может производиться как в наличной, так и в безналичной форме.

5. Общая сумма страховых выплат и/или сумма страховых выплат по отдельным видам Медицинского обслуживания в течение всего периода действия заключенного Договора, осуществленных в пользу Застрахованного или Застрахованному, не может превышать общей страховой суммы, установленной Программой страхования Застрахованного и/или страховых сумм по соответствующим видам Медицинского обслуживания. В случае, если общая страховая сумма, установленная Программой страхования Застрахованного исчерпана, обязательства Страховщика в

отношении такого Застрахованного по Договору страхования прекращаются. В случае, если исчерпана страховая сумма по соответствующему виду Медицинского обслуживания, Страховщик прекращает осуществление страховых выплат по такому виду Медицинского обслуживания.

6. Страховщик вправе отказать Страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:

1) войны, вторжения, враждебных действий иностранного государства, военных или подобных им операций (независимо от того объявлена война или нет) или гражданской войны;

2) мятежа, забастовки, локаутов, гражданских беспорядков, приобретающих размеры или разрастающихся до народного восстания, бунта, гражданских волнений, военного мятежа, революции, военного захвата или узурпации власти, конфискации, реквизиции или национализации имущества, актов терроризма;

3) радиоактивного излучения или загрязнения радиоактивным топливом или радиоактивными отходами от сжигания атомного топлива.

7. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты являются:

1) сообщение Страхователем (Застрахованным) Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

2) умышленные действия Страхователя (Застрахованного), направленные на наступление страхового случая;

3) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;

4) не уведомление в установленный срок о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая;

5) когда доказано, что Застрахованный не выполнял назначения и предписания лечащего врача или нарушал определенный лечащим врачом больничный или амбулаторный режим;

6) обращение Застрахованного за медицинским обслуживанием по заболеванию и его последствий наступивших до начала срока страхования/после окончания срока страхования;

7) обращение Застрахованного в связи с Заболеваниями, являющимися исключениями из страхового случая в соответствии со статьей 7 раздела 2 настоящих Правил или при нарушении порядка действий Застрахованного при наступлении страхового случая в соответствии с пунктом 1 статьи 12 раздела 2 настоящих Правил страхования;

8) референс-исследования, т.е. случаи обращения Застрахованного к более, чем двум различным поставщикам медицинских услуг по одному и тому же страховому случаю (Заболеванию) и по одному и тому же виду услуг.

8. Страховщик не производит страховую выплату за:

1) косвенные коммерческие потери Страхователя (Застрахованного), неустойку, упущенную выгоду;

2) моральный вред;

3) судебные издержки, если иное не установлено Договором страхования.

9. В случае получения Медицинского обслуживания Застрахованным на сумму, превышающую соответствующие страховые суммы и по соответствующим видам Медицинского обслуживания согласно Программе страхования Застрахованного, Страхователь (Застрахованный) обязан возместить Страховщику разницу в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате. В случае, если возмещение не получено в течение указанного выше срока, Страховщик имеет право приостановить организацию Медицинского обслуживания и осуществление страховых выплат в отношении такого Застрахованного до осуществления возмещения.

10. В случае получения Медицинского обслуживания до начала/после прекращения действия страховой защиты в отношении Страхователя (Застрахованного) либо не предусмотренных Программой страхования Застрахованного, Страхователь обязан возместить Страховщику указанные расходы в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате.

Статья 15. Особые условия

1. По соглашению сторон в Договор страхования, заключаемый в соответствии с настоящими Правилами страхования, могут быть включены особые условия (страховые оговорки, определения, исключения и т.п.), не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

Статья 16. Порядок разрешения споров

1. Споры, возникающие по Договору страхования, рассматриваются Сторонами путем переговоров.

2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.

Раздел 3. Страхование от несчастных случаев и болезней лиц, выезжающих за рубеж

Статья 1. Определения

1. Страховщик – АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life».

2. Страхователь – юридическое или физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

3. Застрахованное лицо - физическое лицо, выезжающее за рубеж, в чью пользу заключен Договор страхования. Застрахованное лицо должно быть указано в Договоре страхования.

4. Договор страхования – означает Договор страхования (Договор добровольного медицинского страхования или Договор страхования от несчастных случаев и болезней лиц, выезжающих за рубеж), заключенный между Страховщиком и Страхователем в пользу Застрахованных(ого) лиц(а).

5. Страховая премия - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем, за услуги по страхованию Застрахованных лиц.

6. Заболевание - любое внезапное или неожиданное негативное изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица, произошедшее в течение Периода действия страхового покрытия, требующее проведения обследования, лечения или операции со стороны медицинского персонала. Медицинский персонал должен иметь соответствующую юридически подтвержденную квалификацию. Заболевание определяется в соответствии с условиями, ограничениями и исключениями Договора страхования и настоящих Правил и не включает какие-либо Существовавшие ранее медицинские показания и любые Врожденные заболевания.

7. Существовавшие ранее медицинские показания – любое хроническое заболевание, обострение или рецидив болезни, состояние здоровья, травма или инвалидность, в связи с которым Застрахованное лицо получало лечение, или любое состояние, по которому результаты диагностики должны были быть получены или лечение назначено до начала Периода действия страхового покрытия. Условие существовавшего ранее медицинского показания не распространяется на случаи внезапного и неожиданного обострения такого заболевания или состояния в течение поездки.

8. Врожденные заболевания – означают наследственные заболевания и пороки развития и заболевания и пороки развития, возникшие в течение внутриутробного развития.

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

10. Травма – телесное повреждение, которое было вызвано непосредственно и исключительно несчастным случаем в течение Периода действия страхового покрытия.

11. Страховой иск – сумма денег, заявленная к оплате Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику в случае наступления страхового события.

12. Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы, определенной Договором страхования, при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев на сроках и условиях Договора страхования

13. Страховой случай - событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, с наступлением которого возникает предусмотренная Договором страхования обязанность Страховщика осуществить страховую выплату;

14. Страховое покрытие – условия осуществления страховой выплаты, предусмотренные Договором страхования и настоящими Правилами страхования (в том числе страховая сумма, франшизы, если применимо, и т.д.), определяющие основные признаки Страхового случая

15. Период действия страхового покрытия (период страховой защиты) – период, начинающийся с момента пересечения Застрахованным распознаваемого Пункта иммиграционного контроля Территории страхования при въезде и заканчивающийся временем, указанным в Договоре страхования, или временем пересечения Застрахованным распознаваемого Пункта иммиграционного контроля Территории страхования при выезде, что ранее;

16. Страховая сумма (страховой лимит) - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев в соответствии с условиями Договора страхования;

17. Выезд за рубеж – выезд в страну, которая не является Республикой Казахстан и не является страной постоянного места проживания или гражданства/резидентства Застрахованного;

18. Территория страхования – территория, на которую распространяется действие страховой защиты согласно Договору страхования. В понятие «территория страхования» не включается территория Республики Казахстан, территория страны постоянного проживания Застрахованного, территория страны, гражданином/резидентом которой является Застрахованный.

Статья 2. Объект страхования

1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с риском возникновения расходов на получение медицинской или другой помощи, предусмотренной Договором страхования и настоящими Правилами, в случае заболевания или несчастного случая во время выезда за рубеж.

Статья 3. Страховая сумма

1. Страховая сумма (страховой лимит) – определенная договором страхования денежная сумма, которая определяет предельный объем ответственности Страховщика по Договору страхования при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев в соответствии со сроками и условиями Договора страхования и настоящих Правил.

Статья 4. Страховой случай

1. Страховым случаем является внезапное заболевание или несчастный случай в Период действия страхового покрытия, повлекшие обращение Застрахованного за медицинской помощью и возникновение связанных с этим расходов.

2. Не являются страховыми случаями заболевание или несчастный случай или другой ущерб или повреждение, полученные в результате:

а) войны, гражданской войны, военных действий и мероприятий, гражданских волнений, террористических акций, радиоактивного заражения или воздействия ионизирующей радиации, забастовок и других форм индустриальных акций и аварий, реквизиции;

б) в связи с умышленным намерением Страхователя (Застрахованного) совершить преступление, самоубийство или телесные повреждения себе или в результате грубой небрежности Страхователя (Застрахованного)

в) занятия экстремальным спортом (в особенности каноэ/рафтинг в горных реках, подъем без страховки, спуск в ущелья, спуск по веревке, спелеологию и изучение пещер, альпинизм, скалолазание, свободный спуск, спуск с парашютом и парашютизм), бокс, борьба, подводный спуск, погружение без страховки, погружение в батискафе, тяжелая атлетика, зимние виды спорта (включая горные лыжи и сноубординг), военные искусства и другие формы контактного боя, мотобол, рэгби, американский или австралийский футбол, скачки или велогонки и в качестве водителя, пассажира или арендатора автомобиля во время автогонок, включая любое вождение, когда достижение высокой скорости является целью;

г) участие в профессиональных спортивных соревнованиях или тренировочные занятия любым видом спорта для представления Застрахованным своей страны.

3. Объем обязательств Страховщика определяется на основе условий Договора страхования и предоставляемого страхового покрытия с учетом условий, ограничений и исключений, предусматриваемых Договором страхования и настоящими Правилами:

- 1) медицинская помощь во время выезда за рубеж;
- 2) скорая медицинская помощь при заболевании или несчастном случае;
- 3) обратные включения и дополнительные виды покрытия.

Детализированное описание вышеуказанных видов страхового покрытия приведено в Специальных условиях страхования (Приложение 1 к разделу 3), которое является неотъемлемой частью настоящих Правил страхования.

Статья 5. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования

1. Страховщик не несет обязательств по осуществлению страховой выплаты по расходам Страхователя и/или Застрахованного, понесенным на территории страхования и связанным с:

1) ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, связанными с заболеваниями, имевшимися до начала срока страхования, независимо от того, проводилось по ним лечение или нет, и понесенными расходами, относящимися к этому лечению, а также, если путешествие было противопоказано Застрахованному по состоянию здоровья и/или могло усугубить течение имевшегося заболевания (послужить причиной его обострения);

2) врожденными аномалиями и пороками развития;

3) диагностикой и лечением хронических заболеваний, их обострений, последствий и осложнений, за исключением внезапных обострений (состояний), представляющих прямую угрозу для жизни Застрахованного;

4) венерическими заболеваниями и заболеваниями, передаваемыми половым путем;

5) психическими заболеваниями, расстройствами и их обострениями, аффективными и невротическими расстройствами;

6) злокачественными и доброкачественными новообразованиями любых органов и систем организма;

7) причинением вреда здоровью или смерти Застрахованного в результате стихийных бедствий и связанным с особо опасными инфекциями (при официально объявленных уполномоченным органом до поездки эпидемиях, пандемиях), а также инфекционными (кроме кишечных и детских инфекций) и паразитарными заболеваниями, в том числе с туберкулезом, бруцеллезом, вирусными гепатитами, атипичной пневмонией, а также действий и решений государственных органов власти, объявленных до поездки;

8) преднамеренной целью получить обследование и/или лечение на территории страхования;

9) состоянием беременности, родами, аборт (кроме случаев, представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованной и при сроке беременности не более 12 (Двенадцати) недель, а также нарушением менструального цикла;

10) причинением вреда здоровью (ухудшением состояния здоровья) или смертью Застрахованного в ниже перечисленных случаях:

при выполнении Застрахованным любых форм тяжелой (вредной) работы или занятиями профессиональным или любительским спортом;

при участии Застрахованного в любых соревнованиях (испытаниях, состязаниях);

по возрасту Застрахованного;

11) причинением вреда здоровью (ухудшением состояния здоровья) или смертью Застрахованного, связанными с любыми последствиями войны (объявленной или необъявленной), военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями; гражданской войной, антитеррористическими операциями, народными волнениями всякого рода или забастовками; воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

12) организацией индивидуального поста у постели больного, ухода медицинской сестры за Застрахованным на дому или в гостинице;

13) эвакуацией в случае незначительных болезней или травм, которые поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного;

14) любой эвакуацией и/или репатриацией, не согласованной со Страховщиком, а также по расходам, возникшим в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного проживания (гражданства);

15) пластической и восстановительной хирургией, ортопедией, хирургическими вмешательствами, связанными с заболеваниями сердца, сосудов, нервной системы, с ангиографией, даже при наличии медицинских показаний к их проведению, трансплантацией органов и тканей, экстракорпоральными методами лечения;

16) расходами на материалы для остеосинтеза, с подбором, ремонтом и закупкой (обеспечением) очков, контактных линз, слуховых аппаратов, приобретением протезно-ортопедических средств, глюкометров, и др. медицинских изделий, а также приобретением биологически-активных добавок;

17) любым видом протезирования, остеосинтеза и остеопластики;

18) предоставлением услуг, не являющихся необходимыми для экстренной помощи с медицинской точки зрения, или не назначенных врачом;

19) диагностикой и лечением нетрадиционными методами;

20) санаторно-курортным лечением, санаторным попечительским уходом;

21) любым профилактическим обследованием, лечением, общими медицинскими осмотрами, прививками;

- 22) лечением солнечных ожогов у Застрахованного;
- 23) заражением вирусом иммунодефицита (ВИЧ);
- 24) службой Застрахованного в вооруженных силах любой страны;
- 25) получением услуг немедицинского характера, включая разговоры по телефону, за исключением случаев телефонной (факсимильной) связи со Страховщиком или представителем Страховщика, обусловленных наступлением страхового случая;
- 26) совершением или попыткой совершения противоправного действия, повлекшего в соответствии с действующим законодательством страны временного пребывания административное взыскание или уголовное преследование в отношении Застрахованного;
- 27) лечением Застрахованного и/или уходом за ним, осуществляемым его родственниками;
- 28) оказанием услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;
- 29) оказанием медицинской помощи Застрахованному, если такая помощь была оказана врачом спортивной команды или обеспечена организаторами соревнований или сборов, в случае поездки за рубеж с целью участия в спортивных соревнованиях и сборах;
- 30) несчастным случаем, произошедшим вследствие управления транспортным средством Застрахованным, не имеющим права на управление данным транспортным средством;
- 31) причинением вреда здоровью (ухудшение состояния здоровья) или смертью Застрахованного, в результате умышленного нанесения самому себе телесных повреждений (травм), с употреблением алкогольных напитков и наркотических средств или иных веществ и/или последствиями (осложнениями) их употребления;
- 32) заболеванием, возникшим в результате действия природных и техногенных катастроф;
- 33) возмещением морального вреда, упущенной выгоды и уплаты неустойки;
- 34) иными расходами, не связанными с наступлением страхового случая.

2. Если лечение превышает обоснованные медицинские показания, Страховщик имеет право сократить свои страховую выплату до уровня обоснованного медицинского лечения или принять другие меры, если были представлены необоснованно высокие расходы на оплату/возмещение.

Статья 6. Страховая премия

1. Размер страховой премии указывается в договоре страхования, в зависимости от выбранного Страхового покрытия и Периода страхового покрытия.
2. Страховая премия должна быть уплачена в соответствии со сроками и условиями Договора страхования
3. Если страховая премия не была уплачена до наступления первого страхового случая, Страховщик освобождается от обязательств по страховой выплате

Статья 7. Договор страхования: срок и место действия, порядок заключения, условия прекращения

1. Срок страхования, место действия указываются в договоре страхования.
2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан.

Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором либо приложены к нему.

При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

3. При наличии более одного Застрахованного лица Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью.

4. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до окончания срока, установленного в договоре страхования.

5. Страхование, обусловленное договором страхования и настоящими Правилами, распространяет свое действие на страховые случаи, произошедшие в Период действия страхового

покрытия на территориях, за исключением территории Республики Казахстан и территории или страны постоянного проживания или гражданства Застрахованного.

6. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;
- в) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
- г) расторжения договора по соглашению сторон;
- д) расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;
- е) расторжения договора страхования по инициативе Страховщика в случае неуплаты

Страхователем страховой премии (ее очередного страхового взноса) в установленные сроки со дня его неуплаты;

ж) в иных случаях, предусмотренных законодательством.

7. Возврат страховой премии за неистекший срок в случае досрочного прекращения договора страхования производится только в случае отсутствия каких-либо страховых исков и в размере пропорционально неистекшему сроку договора страхования за вычетом 25% от общей суммы страховой премии на ведение дела.

8. О намерении досрочного прекращения договора страхования по основаниям, указанным в пункте 6, подпунктах г), д) настоящей статьи, стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, договор страхования считается расторгнутым по истечении 10-ти дней с момента направления уведомления о прекращении договора страхования другой стороне, если иное не установлено Договором страхования. В остальных случаях договор страхования прекращается в 00:00 дня, следующего за днем, в котором наступили соответствующие основания.

Статья 8. Права и обязанности сторон

1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

- а) получать разъяснения о Правилах страхования, условиях Договора страхования и условиях Страхового покрытия, а также о порядке предоставления услуг;
- б) получать Медицинские и другие услуги, предусмотренные Договором страхования и соответствующим Страховым покрытием, оплаченные или возмещенные Страховщиком;
- в) обращаться к Страховщику для организации Медицинского обслуживания или других услуг в случае Заболевания или несчастного случая в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Правил;
- г) обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить Страховую выплату.

2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

- а) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении договора страхования;
- б) сообщить Страховщику сроки и территорию выезда за рубеж, а также цель поездки до начала Периода действия страхового покрытия;
- в) уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
- г) предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка.

3. Страховщик имеет право:

- а) проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора страхования;
- б) запрашивать историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном лице, в том числе информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица;
- в) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;
- г) требовать от Страхователя (Застрахованного лица) информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства его возникновения;
- д) отказать в страховой выплате в случаях необоснованных требований со стороны Застрахованного;
- е) при расторжении Договора страхования – на часть страховой премии в соответствии с условиями Договора страхования;

ж) требовать внесения изменений в условия Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае, если после подписания Договора страхования произошли существенные изменения страхового риска

4. Страховщик обязан:

- а) ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с Правилами страхования;
- б) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
- в) обеспечить тайну страхования.

5. Стороны вправе пользоваться иными правами и исполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования и положениями действующего законодательства Республики Казахстан.

Статья 9. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования

1. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

Статья 10. Действия Застрахованного при наступлении страхового случая

1. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков возлагается на Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя).

2. Выгодоприобретатель имеет право уведомить Страховщика о наступлении страхового случая при всех обстоятельствах, независимо от того, сделали это или нет Страхователь или Застрахованный.

3. При наступлении страхового случая Застрахованный обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов, связаться с Сервисной компанией и/или Страховщиком и сообщить:

- 1) свою фамилию, имя, номер и срок действия Договора страхования;
- 2) свое местонахождение, контактные телефоны;
- 3) коротко описать обстоятельства страхового случая и возможный характер требуемой медицинской помощи.

4. После получения указаний от Сервисной компании и/или Страховщика, Застрахованный должен действовать в строгом соответствии с полученными указаниями.

5. При наступлении страхового случая, Сервисная компания от имени Страховщика обеспечивает Застрахованному оказание медицинской помощи и других дополнительных услуг, указанных в Договоре страхования.

6. В экстренном случае, если Застрахованному не удалось связаться с Сервисной компанией и Застрахованный самостоятельно оплачивает медицинские расходы, Застрахованный обязан уведомить Страховщика о произошедшем случае по телефону либо по электронному адресу, указанному в Договоре страхования в течение 48 (Сорока восьми) часов и сообщить:

- 1) наименование, адрес и телефон лечебного учреждения, в которое направлен Застрахованный;
- 2) имя, фамилию, адрес и телефон лечащего врача Застрахованного;
- 3) ФИО, адрес постоянного места жительства и гражданство Застрахованного;
- 4) номер Договора страхования.

7. В исключительных случаях, когда Застрахованный по каким-либо техническим или иным уважительным причинам не смог связаться с Сервисной компанией и/или Страховщиком, имеет право обратиться к любому врачу или в любое медицинское учреждение и самостоятельно оплатить расходы за оказанную ему медицинскую помощь, после чего Застрахованный вправе предоставить документы Страховщику для рассмотрения и принятия решения об осуществлении/отказе в осуществлении страховой выплаты. Перечень документов, сроки подачи представлены в статье 11.

8. В случае наступления страхового события Застрахованное лицо должно:

- 1) не предпринимать никаких действий, которые могут привести к необоснованному повышению затрат;
- 2) незамедлительно известить Страховщика о каком-либо понесенном ущербе или убытке или расходах в связи со страховым случаем;

3) предоставить Страховщику насколько возможно полную и правдивую информацию о страховом случае, позволяющую судить о причинах и обстоятельствах его возникновения, а также о потенциальном размере страховой выплаты;

4) действовать в соответствии с инструкциями Страховщика;

5) предоставить Страховщику доступ к информации и документам, позволяющим провести разумное расследование причин и обстоятельств наступления страхового события и размера страхового иска (в частности, освободить лечащего врача от требования соблюдения врачебной тайны).

9. В случае, если Застрахованное лицо может представить страховой иск по наступившему страховому событию по договору страхования с другим страховщиком или подать иск третьему лицу (например, несчастный случай в дорожно-транспортном происшествии), он должен предоставить Страховщику все документы и информацию относительно такого договора страхования и такой ответственности третьего лица и предоставить право суброгации Страховщику.

10. В случае, если Застрахованное лицо не выполнит условий пунктов 3, 4, 6, 8 статьи 10 раздела 3 настоящих Правил, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате или ограничить ее суммой по своему усмотрению.

Статья 11. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков. Порядок, условия и сроки принятия решений об осуществлении страховых выплат

1. Для получения страховой выплаты, когда Застрахованный самостоятельно оплатил расходы, за полученные медицинские услуги, он должен в течение 5 (Пяти) рабочих дней после возвращения в Республику Казахстан предоставить Страховщику письменное заявление о наступлении страхового случая и следующие документы, необходимые для страховой выплаты:

1) заявление Страхователя/Застрахованного;

2) оригинал (дубликат) Договора страхования;

3) документы, удостоверяющие личность Страхователя/Застрахованного;

4) медицинские документы, подтверждающие оказанную Застрахованному медицинскую помощь, заверенные печатью лечебного учреждения;

5) подлинники рецептов, счетов, квитанций на оплату полученных услуг;

6) в случае посмертной репатриации Застрахованного, Страхователь/Выгодоприобретатель обязан предоставить дополнительно:

оригинал или нотариально заверенную копию свидетельства о смерти;

копии документов, предусмотренных законодательством страны пребывания, содержащих информацию о причине смерти Застрахованного;

документ, подтверждающий право Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты;

7) в случае экстренного визита третьего лица в чрезвычайной ситуации:

подлинники или копии билетов, подтверждающих экстренный визит третьего лица;

8) в случае медицинской эвакуации Застрахованного и/или возврата детей Застрахованного:

перечень документов в соответствии с пп. 1-5, 7 пункта 1 статьи 11 раздела 3 правил страхования;

подлинники или копии билетов, подтверждающих возврат Застрахованного и/или детей Застрахованного в Республику Казахстан.

2. Документы, относящиеся к страховому случаю, должны быть представлены Страховщику на государственном или русском языке либо на языке оригинала с нотариально заверенным переводом на государственный или русский языки.

3. В случае не предоставления Страхователем/Застрахованным в пятидневный срок после прибытия в страну постоянного места жительства заявления о наступлении страхового случая и документов, необходимых для страховой выплаты, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате.

4. Кроме перечисленных документов, Страховщик может затребовать у Страхователя и другие документы, если, с учетом конкретных обстоятельств, отсутствие у Страховщика запрашиваемых документов делает невозможным (или крайне затруднительным) для него установление факта и причин страхового случая и определение размера ущерба, в сроки оговоренные Договором страхования.

5. Для возмещения расходов, когда медицинские услуги, оказанные Застрахованному, были оплачены Сервисной компанией, Страхователем (Застрахованным) предоставляется только заявление, остальные документы предоставляются Сервисной компанией согласно перечня документов указанных в Договоре об оказании услуг Застрахованным.

6. Размер страховой выплаты устанавливается на основании документов, перечисленных в пункте 1 статьи 11 раздела 3 настоящих Правил, но не может превышать страховой суммы по договору страхования. Решение об осуществлении страховой выплаты или отказе в ее осуществлении принимается в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в пункте 1 настоящей статьи. В случае отказа в осуществлении страховой выплаты Страховщик должен известить Страхователя (Застрахованное лицо) в письменной форме с описанием причин отказа.

7. Страховая выплата осуществляется путем оплаты стоимости соответствующих затрат в связи со страховым случаем, непосредственно поставщикам соответствующих услуг или путем возмещения затрат Застрахованного лица в связи со страховым случаем. Страховая выплата может производиться как в наличной, так и в безналичной форме.

8. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты помимо оснований, указанных в статье 5 Раздела 3 настоящих правил страхования, являются:

а) сообщение Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

б) умышленные действия Страхователя (Застрахованного лица), направленные на наступление страхового случая;

в) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;

г) неуведомление в установленный срок о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая.

9. Страховщик вправе частично или полностью отказать в осуществлении страховой выплаты в случае:

1) действий Страхователя (Застрахованного), направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;

2) нарушение сроков подачи документов, предусмотренных Договором страхования;

3) неуведомления или несвоевременного уведомления Страхователем/Застрахованным (или его представителем) Страховщика о наступлении страхового случая в установленные Правилами и/или Договором страхования порядке и сроки;

4) если Страхователь (Застрахованный) имел возможность, но не представил документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом (последствиями), или представил заведомо ложные доказательства;

5) умышленного непринятия Страхователем (Застрахованным) мер по уменьшению убытков от страхового случая;

6) если Страхователь при заключении Договора страхования заведомо преследовал цель извлечения неправомерной выгоды, в том числе заключения его после наступления страхового случая;

7) сообщения Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

8) воспрепятствования Страхователем/Застрахованным Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и установления размера причиненного ущерба;

9) отказа Страхователя от своего права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая, а также отказ передать Страховщику документы, необходимые для перехода к Страховщику регресса. Если страховая выплата была уже произведена, Страховщик вправе требовать его возврата полностью или частично;

10) нарушения Страхователем (Застрахованным) условий Договора страхования и действующего законодательства Республики Казахстан;

11) действий Страхователя, Застрахованного, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;

12) несоблюдение Застрахованным рекомендаций координатора Сервисной компании, врача, правил поведения в лечебном учреждении при наличии указаний в медицинском рапорте;

13) если страховой случай произошел вне территории страхования и периода действия Договора страхования;

14) по иным основаниям, предусмотренным законодательством Республики Казахстан и Договором страхования.

10. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

- 1) службы или прохождения соответствующего обучения в военных и правоохранительных органах;
- 2) всякого рода военных действий или военных мероприятий и их последствий, гражданской войны, революции, восстаний, мятежа, захвата или узурпации власти, ареста, гражданских волнений, массовых беспорядков, забастовок, локаутов и их последствий;
- 3) актов терроризма или насилия по политическим мотивам;
- 4) ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения;
- 5) добровольного отказа Страхователя/Застрахованного от выполнения предписаний врача, от транспортировки и эвакуации;
- 6) действий Страхователя/Застрахованного, совершенных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения или находящегося под воздействием психотропных средств, а также последствий таких состояний.

11. Страховщик вправе полностью или частично отказать Страхователю в страховой выплате по иным основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Республики Казахстан и Договором страхования.

12. Освобождение Страховщика от страховой ответственности перед Страхователем по мотивам его неправомерных действий, предусмотренных настоящей статьей одновременно освобождает Страховщика от осуществления страховой выплаты Застрахованному.

13. Страховщик не производит страховую выплату за:

- а) косвенные коммерческие потери Страхователя (Застрахованного лица), неустойку, упущенную выгоду;
- б) моральный вред;
- в) судебные издержки.

Статья 12. Порядок разрешения споров

1. Споры, возникающие по Договору страхования, рассматриваются Сторонами путем переговоров.

2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.

Приложение 1 к Разделу 3. Специальные условия страхования в отношении медицинской помощи во время выезда за рубеж

Медицинская помощь во время выезда за рубеж

1. Страховое покрытие обеспечивает:

1) в случае внезапного заболевания или неожиданного обострения серьезного заболевания во время застрахованной поездки или при несчастных случаях Страховщик обязуется оплатить в пределах Страховой суммы стоимость:

- а) медицинского лечения за рубежом;
- б) медицинского транспорта;
- в) перевозки тела (репатриации) Застрахованного в случае его смерти.

2. Понятие «за рубеж» не включает в себя Республику Казахстан и страны, в которых Застрахованное лицо имеет постоянное место жительства или гражданином которых является.

3. В случае Медицинского лечения за рубежом:

1) Страховщик обязуется уплатить затраты на назначенное врачом лечение, необходимое за рубежом, в частности:

- стационарное лечение в больнице, включая расходы по проведению операции;
- амбулаторное лечение;
- медикаменты и перевязочные средства;

корректирующая техника (например, костыли, аренда инвалидного кресла) если они необходимы на первое время при несчастных случаях или заболеваниях, полученных во время застрахованной поездки, на сумму не более 250 (двести пятьдесят) Евро или денежный эквивалент этой суммы в другой валюте);

расходы на стоматологическое лечение: осмотр, рентгеновское исследование, удаление или пломбирование зубов, обусловленные наступлением острой зубной боли или травмами, полученными в результате несчастного случая на сумму, не превышающую 100 (Сто) Евро или денежный эквивалент этой суммы в другой валюте для каждого страхового случая.

4. Условия по обеспечению медицинским транспортом/репатриации.

Страховщик обязуется оплатить расходы на:

- а) медицинский транспорт к больнице и обратно к месту пребывания за рубежом;
- б) оправданную с медицинской точки зрения эвакуацию Застрахованного лица из страны временного пребывания в страну постоянного места жительства или в ближайшую больницу;
- в) репатриацию покойного к месту похорон в Республике Казахстан в случае смерти.

5. Исключения: согласно срокам и условиям настоящих Правил страхования и Договору страхования.

Скорая медицинская помощь при заболевании или несчастном случае

1. Страхователь обязуется обеспечить круглосуточную поддержку через CALL -Центр в случае, если Застрахованное лицо испытывает любой из нижеследующих медицинских показателей во время поездки, указанных в настоящей статье.

В случае госпитализации в результате заболевания или несчастного случая при получении стационарного лечения в больнице Застрахованным лицом Страховщик обязуется обеспечить следующие услуги:

- а) если госпитализация ожидается более 10 (десяти) дней, Страховщик обязуется организовать, при необходимости присутствие близкого человека, его приезд к месту госпитализации Застрахованного лица и доставку до места пребывания. Страховщик оплатит расходы на транспорт;
- б) гарантирование/урегулирование оплаты затрат - Страховщик предоставит больнице гарантию оплаты на сумму не более €5000 (пять тысяч евро) (или эквивалент этой суммы в другой валюте) или Страховую сумму, указанную в договоре страхования, если она меньше. От имени и по требованию Застрахованного лица Страховщик урегулирует оплату с ответственными за расходы на лечение лицами. Любые суммы, оплаченные Страховщиком в превышение Страховой суммы, должны быть оплачены Страховщику Застрахованным лицом в течение одного месяца после предъявления счета.

В случае медицинской эвакуации при Заболевании или несчастном случае - как только медицинская эвакуация будет признана с медицинской точки зрения разумной и обоснованной - Страховщик обязуется организовать транспорт для возвращения Застрахованного лица к месту его пребывания или в подходящую ближайшую больницу подходящим медицинским транспортом.

В случае смерти Застрахованного во время поездки, Страховщик обязуется по запросу родственников организовать репатриацию покойного к месту похорон, а также транспорт для возвращения детей (при наличии):

- 1) если дети Застрахованного, участвующие в поездке, в возрасте до 16 лет остались без присмотра, вследствие его смерти или внезапного серьезного заболевания, Страховщик обязуется организовать возвращение детей на место их постоянного жительства.

Обратные включения и дополнительные виды покрытия

1. Страховое покрытие: при наличии соответствующей оговорки в договоре страхования Страховщик обязуется оплатить затраты, возникающие в результате заболевания или несчастного случая, причиной которых является участие Застрахованного лица в профессиональном и непрофессиональном спорте, опасных видах деятельности на открытом воздухе как определено в договоре страхования.

Раздел 4. Страхование от несчастных случаев и болезней иностранных граждан на территории Республики Казахстан

Статья 1. Определения

- 1. Страховщик – АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life».
- 2. Страхователь – юридическое или физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

3. Застрахованное лицо - физическое лицо, иностранный гражданин временно или постоянно проживающий в Республике Казахстан, в чью пользу заключен Договор страхования. Застрахованное лицо должно быть указано в Договоре страхования.

4. Договор страхования – означает Договор страхования (Договор добровольного медицинского страхования), заключенный между Страховщиком и Страхователем в пользу Застрахованных(ого) лиц(а).

5. Страховая премия - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем, за услуги по страхованию Застрахованных лиц.

6. Заболевание - любое внезапное или неожиданное негативное изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица, произошедшее в течение Периода действия страхового покрытия, требующее проведения обследования, лечения или операции со стороны медицинского персонала. Медицинский персонал должен иметь соответствующую юридически подтвержденную квалификацию. Заболевание определяется в соответствии с условиями, ограничениями и исключениями Договора страхования и настоящих Правил и не включает какие-либо Существовавшие ранее медицинские показания и любые Врожденные заболевания.

7. Программа страхования – означает описание выбранного страхового покрытия, определяющего основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг или Заболеваний. Программа страхования может включать все или отдельные разделы медицинского страхования.

8. Существовавшие ранее медицинские показания – любое хроническое заболевание, обострение или рецидив болезни, состояние здоровья, травма или инвалидность, в связи с которым Застрахованное лицо получало лечение, или любое состояние, по которому результаты диагностики должны были быть получены или лечение назначено до начала Периода действия страхового покрытия. Но условие Существовавшего ранее медицинского показания не распространяется на случаи внезапного и неожиданного обострения такого заболевания или состояния в течение поездки.

9. Врожденные заболевания – означают наследственные заболевания, существовавшие при рождении или развившиеся в течение беременности.

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

11. Травма – телесное повреждение, которое было вызвано непосредственно и исключительно несчастным случаем и независимо от других причин, произошедшим в течение Периода действия страхового покрытия.

12. Страховой иск – сумма денег, заявленная к оплате Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику в случае наступления страхового события.

13. Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы, определенной Договором страхования, при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев на сроках и условиях Договора страхования.

14. Страховой случай - заболевание, возникающее в острой форме в течение Периода действия страхового покрытия, или несчастный случай, произошедший в течение Периода действия страхового покрытия с учетом исключений и ограничений, предусмотренных Договором страхования и настоящими Правилами.

15. Страховое покрытие – условия осуществления страховой выплаты, предусмотренные Договором страхования и настоящими Правилами (в том числе страховая сумма, франшизы - если применимо, и т.д.), определяющие основные признаки Страхового случая.

16. Страховая сумма (страховой лимит) - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев в соответствии с условиями Договора страхования.

17. Место проживания – страна постоянного места проживания или гражданства Застрахованного.

Статья 2. Объект страхования

1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с риском возникновения расходов на получение медицинской или другой помощи, предусмотренной Договором страхования и настоящими Правилами, в случае заболевания или несчастного случая во время нахождения на территории Республики Казахстан.

Статья 3. Страховая сумма

1. Страховая сумма (страховой лимит) – определенная договором страхования денежная сумма, которая определяет предельный объем ответственности Страховщика по Договору страхования при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев в соответствии со сроками и условиями Договора страхования и настоящих Правил

Статья 4. Страховой случай

1. Страховой случай – событие, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в соответствии со сроками и условиями Договора страхования и настоящих Правил. Страховым случаем является болезнь, телесное повреждение или смерть Застрахованного или другой ущерб, повреждение или убыток, понесенный Застрахованным во время его нахождения на территории Республики Казахстан, все в соответствии с учетом определений, ограничений и исключений, предусмотренных Договором страхования, Программой страхования и настоящими Правилами.

2. Не являются страховыми случаями заболевание или несчастный случай или другой ущерб или повреждение, полученные в результате:

а) войны, гражданской войны, военных действий и мероприятий, гражданских волнений, террористических акций, радиоактивного заражения или воздействия ионизирующей радиации, забастовок и других форм индустриальных акций и аварий, реквизиции;

б) в связи с умышленным намерением Страхователя (Застрахованного) совершить преступление, самоубийство или телесные повреждения себе или в результате грубой небрежности Страхователя (Застрахованного);

в) занятия экстремальным спортом (в особенности каноэ/рафтинг в горных реках, подъем без страховки, спуск в ущелья, спуск по веревке, спелеологию и изучение пещер, альпинизм, скалолазание, свободный спуск, спуск с парашютом и парашютизм), бокс, борьба, подводный спуск, погружение без страховки, погружение в батискафе, тяжелая атлетика, зимние виды спорта (включая горные лыжи и сноубординг), военные искусства и другие формы контактного боя, мотобол, рэгби, американский или австралийский футбол, скачки или велогонки и в качестве водителя, пассажира или арендатора автомобиля во время автогонок, включая любое вождение, когда достижение высокой скорости является целью;

г) участие в профессиональных спортивных соревнованиях или тренировочные занятия любым видом спорта для представления Застрахованным своей страны;

д) занятие любым видом физического труда, любой работой на высоте свыше 3 метров или рытье котлованов или работа в шахтах.

3. Объем обязательств Страховщика определяется на основе условий Договора страхования и Программы страхования с учетом условий, ограничений и исключений, предусматриваемых Договором страхования и настоящими Правилами:

а) медицинский осмотр в соответствии с требованиями государственных органов Республики Казахстан;

б) медицинская помощь во время нахождения в Республике Казахстан при заболевании или несчастном случае;

в) медицинская эвакуация из Республики Казахстан к месту проживания Застрахованного;

г) репатриация останков в случае смерти Застрахованного из Республики Казахстан к месту Проживания.

Более детализированное описание страхового покрытия приведено в Приложении 1 к разделу 4 настоящих Правил.

4. Страховой случай устанавливается в соответствии со статьей 6 Раздела 2 настоящих Правил страхования.

Статья 5. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования

1. Исключение из страховых случаев и ограничение страхования устанавливаются в соответствии со статьей 7 раздела 2 настоящих Правил.

2. Если лечение превышает обоснованные медицинские показания, Страховщик имеет право сократить свои страховую выплату до уровня обоснованного медицинского лечения или принять другие меры, если были представлены необоснованно высокие расходы на оплату/возмещение

3. Обязательства Страховщика по осуществлению страховой выплаты определяются в соответствии со статьей 14 раздела 2 настоящих Правил.

Статья 6. Страховая премия

1. Размер страховой премии рассчитывается Страховщиком, в зависимости от выбранного Страхового покрытия и Периода страхового покрытия.

2. Страховая премия должна быть уплачена в соответствии со сроками и условиями Договора Страхования. Если страховая премия не была уплачена до наступления первого страхового случая, Страховщик освобождается от обязательств по страховой выплате

Статья 7. Договор страхования: срок, место действия, порядок заключения, условия прекращения

1. Договор страхования заключается сроком до 365 дней, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.

2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан.

Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором либо приложены к нему.

При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

3. При наличии более одного Застрахованного лица Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью.

4. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до окончания срока, установленного в договоре страхования.

5. Страхование, обусловленное договором страхования и настоящими Правилами, распространяет свое действие на страховые случаи, произошедшие в Период действия страхового покрытия на территории Республики Казахстан.

6. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;
- в) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
- г) расторжения договора по соглашению сторон;
- д) расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;
- е) расторжения договора страхования по инициативе Страховщика в случаях:

неуплаты Страхователем страховой премии (ее очередного страхового взноса) в установленные сроки;

в иных случаях, предусмотренных законодательством.

7. Возврат страховой премии за неистекший срок в случае досрочного прекращения договора страхования производится только в случае отсутствия каких-либо страховых исков и в размере пропорционально неистекшему сроку договора страхования за вычетом 25% от общей суммы страховой премии на ведение дела

8. О намерении досрочного прекращения договора страхования по основаниям, указанным в п/п г) и д) п. 6 настоящей статьи, стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, договор страхования считается расторгнутым по истечении 10-ти дней с момента направления уведомления о прекращении договора страхования другой стороне, если иное не установлено Договором страхования. В остальных случаях договор страхования прекращается в 00:00 дня, следующего за днем, в котором наступили соответствующие основания.

Статья 8. Права и обязанности сторон

1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

1) получать разъяснения о Правилах страхования, условиях Договора страхования и условиях Страхового покрытия, а также о порядке предоставления услуг;

- 2) получать Медицинские и другие услуги, предусмотренные Договором страхования и соответствующим Страховым покрытием, оплаченные или возмещенные Страховщиком;
 - 3) обращаться к Страховщику для организации Медицинского обслуживания или других услуг в случае Заболевания или несчастного случая в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Правил;
 - 4) обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить Страховую выплату.
2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:
 - 1) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении договора страхования
 - 2) пройти медицинский осмотр;
 - 3) уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
 - 4) предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка.
 3. Страховщик имеет право:
 - 1) проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора страхования;
 - 2) запрашивать историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном лице, в том числе информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица;
 - 3) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;
 - 4) требовать от Страхователя (Застрахованного лица) информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства его возникновения;
 - 5) отказать в страховой выплате в случаях необоснованных требований со стороны Застрахованного;
 - 6) при расторжении Договора страхования – на часть страховой премии в соответствии с условиями Договора страхования;
 - 7) требовать внесения изменений в условия Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае, если после подписания Договора страхования произошли существенные изменения страхового риска.
 4. Страховщик обязан:
 - 1) ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с Правилами страхования;
 - 2) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
 - 3) обеспечить тайну страхования.
 5. Стороны вправе пользоваться иными правами и исполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования и положениями действующего законодательства Республики Казахстан.

Статья 9. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования

1. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

Статья 10. Действия Застрахованного при наступлении страхового случая

1. Действия Застрахованного при наступлении страхового случая определяются в соответствии с порядком, установленным в статье 12 раздела 2 настоящих Правил страхования.
2. В случае, если Застрахованное лицо может представить страховой иск по наступившему страховому событию по договору страхования с другим страховщиком или подать иск третьему лицу (например, несчастный случай в дорожно-транспортном происшествии), он должен предоставить Страховщику все документы и информацию относительно такого договора страхования и такой ответственности третьего лица и предоставить право суброгации Страховщику.
3. В случае, если Застрахованное лицо не выполнит условий пунктов 1 и 2 настоящей статьи, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате или ограничить ее суммой по своему усмотрению.

Статья 11. Перечень документов, подтверждающих наступления страхового случая и размер убытков. Порядок, условия и сроки принятия решений об осуществлении страховых выплат

1. Документами, подтверждающими наступление страхового случая и размер страховой выплаты, являются:

1) выписка из истории болезни Застрахованного лица, описывающая характер и степень травмы либо заболевания или официальное свидетельство о смерти или другой официальный документ, выпущенный уполномоченным лицом или органом, подтверждающий наступление страхового случая;

2) оригиналы счетов, чеков и других платежных документов, подтверждающие расходы Застрахованного лица, связанные с наступлением страхового случая. За предоставление вышеуказанных документов и их полноту несет ответственность Застрахованное лицо.

2. Страховщик имеет право запросить другие документы, материалы и информацию у Застрахованного лица или других лиц или органов, выдавших Застрахованному лицу подтверждения или оказавших услуги согласно предоставленным счетам, чекам или другим платежным документам в связи со страховым случаем, для установления факта наступления страхового события и размера страховой выплаты. Все такие документы и информация должны быть представлены Страховщику бесплатно.

3. Размер страховой выплаты устанавливается на основании документов, перечисленных в пункте 1 настоящей статьи. Решение об осуществлении страховой выплаты или отказе в ее осуществлении принимается в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в пункте 1 настоящей статьи. В случае отказа в осуществлении страховой выплаты Страховщик должен известить Страхователя (Застрахованное лицо) в письменной форме с описанием причин отказа.

4. Страховая выплата осуществляется путем оплаты стоимости соответствующих затрат в связи со страховым случаем, непосредственно поставщикам соответствующих услуг или путем возмещения затрат Застрахованного лица в связи со страховым случаем. Страховая выплата может производиться как в наличной, так и в безналичной форме.

5. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты являются:

1) сообщение Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

2) умышленные действия Страхователя (Застрахованного лица), направленные на наступление страхового случая;

3) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;

4) неуведомление в установленный срок о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая.

6. Страховщик не производит страховую выплату за:

1) косвенные коммерческие потери Страхователя (Застрахованного лица), неустойку, упущенную выгоду;

2) моральный вред;

3) судебные издержки, если иное не определено Договором страхования.

Статья 12. Порядок разрешения споров

1. Споры, возникающие по Договору страхования, рассматриваются Сторонами путем переговоров.

2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.

Приложение 1 к разделу 4

СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

1. Страховое покрытие обеспечивает следующее:

1) медицинский осмотр в соответствии с требованиями государственных органов Республики Казахстан;

2) медицинская помощь во время нахождения в Республике Казахстан при заболевании или несчастном случае;

3) медицинская эвакуация из Республики Казахстан к месту проживания Застрахованного;

4) репатриация останков в случае смерти Застрахованного из Республики Казахстан к месту проживания.

Действие страхового покрытия распространяется только на страховые случаи, произошедшие с Застрахованным во время его нахождения на территории Республики Казахстан.

2. Медицинский осмотр

Страховщик обязуется оплатить затраты на проведение медицинского осмотра Застрахованного у Уполномоченного поставщика медицинских услуг и выпуск соответствующего подтверждения о прохождении медицинского осмотра по форме 086 или другой форме, установленной в соответствии с требованиями государственных органов Республики Казахстан. Объем проводимого медицинского осмотра определяется такими требованиями.

3. Медицинская помощь

Страховщик обязуется оплатить затраты на назначенное врачом лечение в случае Заболевания в соответствии с Программой страхования и Договором страхования, в частности:

- 1) стационарное лечение в больнице, включая расходы по проведению операции;
- 2) амбулаторное лечение;
- 3) медикаменты и перевязочные средства, требуемые при стационарном лечении;
- 4) другие медицинские услуги, которые могут быть предусмотрены Программой страхования и/или Договором страхования

4. Медицинская эвакуация

В случае необходимой и оправданной с медицинской точки зрения эвакуации Застрахованного к месту проживания, Страховщик обязуется оплатить затраты на организацию общего или медицинского транспорта к назначенному пункту места проживания Застрахованного.

Назначенным пунктом считается либо медицинское учреждение места проживания Застрахованного, либо его фактический адрес жительства в месте проживания.

Необходимой считается эвакуация Застрахованного к месту проживания в случае:

- 1) если требуемая квалифицированная медицинская помощь не может быть оказана на территории Республики Казахстан;
- 2) если лечение Заболевания требует длительного периода стационарного лечения или длительного последующего реабилитационного лечения Застрахованного;
- 3) если Застрахованный в результате несчастного случая или заболевания не может передвигаться самостоятельно, либо его способность к передвижению является ограниченной;
- 4) в других случаях, когда необходимость медицинской эвакуации подтверждена независимой экспертизой или Страховщиком.

5. Репатриация останков

В случае смерти Застрахованного Страховщик обязуется оплатить расходы на:

- 1) Расходы на погребение на территории Республики Казахстан или
- 2) Расходы на репатриацию останков Застрахованного к назначенному пункту места проживания. Назначенным пунктом места проживания в данном случае является ближайший к месту проживания аэропорт. Расходы на репатриацию останков включают:
расходы на хранение и бальзамирование трупа (подготовку к транспортировке);
расходы на организацию транспортировки останков к месту проживания

Раздел 5. Страхование расходов по ведению беременности и родов

Статья 1. Определения.

1. Страховщик – АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life».
2. Страхователь – компания или физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования или добровольного страхования на случай болезни.
3. Застрахованное лицо (Застрахованный, Выгодоприобретатель) - физическое лицо, в чью пользу заключен Договор и кому непосредственно предоставляется Медицинское обслуживание.
4. Медицинское обслуживание - услуги по организации предоставления медицинских услуг, предоставлению медицинских услуг или продаже фармацевтических препаратов Застрахованному лицу Поставщиками медицинских услуг в связи с Состоянием Застрахованного.
5. Врач – означает специалиста с высшим медицинским образованием, имеющего лицензию на занятие частной медицинской практикой, либо работающего у Поставщика медицинских услуг.

6. Договор – означает Договор добровольного медицинского страхования, заключенный между Страховщиком и Страхователем в отношении медицинского страхования Застрахованных(ого) лиц(а).

7. Программа страхования – означает описание выбранного страхового покрытия, определяющего основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг в связи с Состоянием Застрахованного. Программа страхования может включать все или отдельные разделы медицинского страхования.

8. Страховая премия - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем, за услуги по страхованию Застрахованных лиц в соответствии с выбранной Программой страхования;

9. Поставщики медицинских услуг – физические и юридические лица, имеющие соответствующие лицензии на оказание медицинских услуг или продажу фармацевтических препаратов в Республике Казахстан.

10. Уполномоченные поставщики медицинских услуг – поставщики медицинских услуг, заключившие договор со Страховщиком на Медицинское обслуживание Застрахованных лиц. Уполномоченные поставщики медицинских услуг также являются Выгодоприобретателями по договору страхования.

11. Медицинская пластиковая карточка – информационная карточка, выдаваемая Страховщиком Застрахованному лицу в соответствии с Договором страхования, на котором указан идентификационный номер, фамилия, имя и отчество Застрахованного, даты начала и окончания страховой защиты, а также телефоны CALL-центра Страховщика. Медицинская пластиковая карточка подтверждает право Застрахованного лица на получение Медицинского обслуживания со стороны Уполномоченных поставщиков медицинских услуг и/или возмещение медицинских расходов в соответствии с Программой страхования Застрахованного лица. Медицинская пластиковая карточка действительна только при предъявлении удостоверения личности Застрахованного лица.

12. Состояние - состояние беременности или роды.

13. Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы, определенной соответствующей Программой страхования Застрахованного лица при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия настоящего Договора страхования.

14. Страховой случай - обращение Застрахованного лица в течение срока действия настоящего Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением услуг, предусмотренных Программой страхования в связи с Состоянием, и возникновение подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание или расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию.

15. Страховое покрытие – условия осуществления страховой выплаты, предусмотренные настоящим Договором и соответствующей Программой страхования (в том числе страховая сумма – всего и по отдельным видам Медицинского обслуживания, франшизы – если применимо, и т.д.) и определяющие основные признаки Страхового случая.

16. Страховая сумма (страховой лимит) - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора.

Статья 2. Объект страхования

1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Застрахованного лица (Застрахованного) в связи с наступлением Состояния, ведущего к ограничению трудоспособности или длительной временной нетрудоспособности и возникающих в связи с этим Состоянием расходов Застрахованного.

Статья 3. Застрахованные

1. Застрахованными могут быть лица в возрасте от 18 до 40 лет, если иное не оговорено Договором страхования.

2. Не подлежат страхованию лица, имеющие заболевания или другие обстоятельства, указанные пункте 2 статьи 3 раздела 2 настоящих Правил

3. Не подлежат страхованию следующие лица:

- 1) лица, обратившиеся за страхованием позже 24-й недели беременности;
- 2) лица, беременность которых вызвана процедурой искусственного оплодотворения.

4. При выявлении заболевания или обстоятельств, указанных в пунктах 2 и 3 настоящей статьи, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц. При этом Страховщик имеет право удержать полностью оплаченную страховую премию (в случае сокрытия информации Застрахованным о таком заболевании или обстоятельствах, либо выявлении такого заболевания во втором триместре беременности), либо произвести частичный возврат премии (в случае впервые диагностированного заболевания в период действия Договора страхования в первом триместре беременности).

Статья 4. Страховая сумма

1. Страховая сумма (страховой лимит) – определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и которая является основой для определения размера страховой премии.

2. Страховой суммой является предельный объем ответственности Страховщика по Договору страхования при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком отдельно для каждого Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования. Страховая сумма может быть установлена как по всему Договору страхования, так и по отдельным видам услуг.

3. В течение срока договора страховая сумма по соглашению сторон может быть изменена путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования.

Статья 5. Страховой случай

1. Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. В соответствии с настоящими Правилами, Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением медицинской помощи или услуг, предусмотренных Программой страхования в связи с Состоянием и возникновением подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание и/или подлежащих возмещению расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию.

2. Не является Страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг:

- 1) не предусмотренных Программой страхования и договором страхования;
- 2) в медицинские учреждения, не предусмотренные Программой страхования, без предварительного согласования со Страховщиком;
- 3) в связи с обстоятельствами, указанными в пунктах 2 и 3 статьи 6 раздела 2 настоящих Правил.

3. Договор добровольного медицинского страхования заключается по Программе страхования, предусматривающей конкретные условия страхового покрытия, основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг. Указанные Программы страхования могут предусматривать предоставление Застрахованному лицу следующих видов медицинской помощи:

- 1) амбулаторно-поликлиническая помощь, помощь на дому по ведению беременности;
- 2) стационарная медицинская помощь при родах;
- 3) скорая медицинская помощь;

Детализированное описание вышеуказанных видов страхового покрытия приведено в Приложении 1 к разделу 5 настоящих Правил, которое являются неотъемлемой частью настоящих Правил.

Статья 6. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования

1. Страховое покрытие не включает:

1) лечение Заболеваний, возникающих в течение действия Договора страхования. Данное исключение не распространяется на случаи, если страхование в соответствии с разделом 5 приобретено в дополнение к страхованию, предусмотренному разделом 2 настоящих Правил.

2) стационарную медицинскую помощь при угрозе прерывания беременности, если иное не предусмотрено Договором страхования;

3) хирургическое вмешательство при родовспоможении, если иное не предусмотрено Договором страхования.

2. Страховое покрытие при покрытии расходов на родовспоможение ограничивается общим сроком 7 дней нахождения в родильном отделении стационара.

3. Страховое покрытие не включает расходы для лечения следующих патологических состояний в течении беременности, если иное не предусмотрено Договором страхования:

- 1) предлежание плаценты, низкая плацентация;
- 2) преждевременная отслойка плаценты;
- 3) сахарный диабет у беременных;
- 4) анемии;
- 5) сопутствующие заболевания и обострения экстрагенитальных заболеваний;
- 6) доброкачественные и злокачественный новообразования;
- 7) перинатальные инфекции;
- 8) маловодие;
- 9) многоводие;
- 10) угроза преждевременных родов;
- 11) угроза выкидыша;
- 12) резус-сенсibilизация;
- 13) гестоз;
- 14) токсикоз;
- 15) рвота беременных;
- 16) угроза позднего выкидыша;
- 17) рубец на матке;
- 18) состояния при ИЦН (истмико- цервикальная недостаточность);
- 19) хроническая фетоплацентарная недостаточность;
- 20) многоплодная беременность

4. При выявлении патологических состояний в течение беременности, описанных в пункте 3 настоящей статьи Страховщик имеет право досрочно расторгнуть Договор страхования с возвратом страховой премии, удержав при этом сумму известных Страховщику произошедших страховых выплат, сумму резерва на произошедшие, но не заявленные Страховщику страховые выплаты, а также Сумму расходов на администрирование Договора страхования, составляющие 15% от суммы премии.

Статья 7. Страховая премия

1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятое им на себя обязательство осуществить страховую выплату при наступлении Страхового случая в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

2. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования при заключении договора страхования или в рассрочку (уплата страховых взносов). Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

Статья 8. Договор страхования: место и срок действия, порядок заключения, условия прекращения

1. Договор страхования заключается сроком до 270 дней с действием на территории Республики Казахстан.

2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан.

3. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и/или сами Правила изложены в одном документе с договором либо приложены к нему. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

4. При наличии более одного Застрахованного лица Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью.

5. В течение 7-ми рабочих дней после уплаты страховой премии (страхового взноса), при условии представления Списка Застрахованных, Страхователю передаются Медицинские пластиковые

карточки (по количеству Застрахованных лиц) с приложением Правил страхования и Программ страхования.

6. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до наступления какого-либо события, предусмотренного пунктом 7 настоящей статьи.

7. Договор страхования прекращается в случаях:

1) истечения срока его действия;

2) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме (оплата стоимости медицинских услуг в размере страховой суммы);

3) в случае, если Договором страхования предусмотрено страховое покрытие в соответствии со статьей 1 Приложения 1 к разделу 5 настоящих Правил (ведение беременности) - госпитализации Застрахованного лица для проведения родовспоможения (наступления родовых схваток);

4) в случае, если Договором страхования предусмотрено страховое покрытие в соответствии с статьей 1 и статьей 2 Приложения 1 к разделу 5 настоящих Правил (ведение беременности и роды) – выписка Застрахованного лица из родильного отделения стационара;

5) смерти Застрахованного лица, если по договору страхования было застраховано только одно лицо;

6) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

7) расторжения договора по соглашению сторон;

8) расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;

9) расторжения договора страхования по инициативе Страховщика в случаях:

а) неуплаты Страхователем страховой премии (ее очередного страхового взноса) в установленные сроки;

б) отказа Страхователя, уведомленного об увеличении стоимости медицинских услуг, от изменений условий договора или доплаты страховой премии по требованию Страховщика;

в) установления факта передачи Застрахованным лицом Медицинской пластиковой карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по договору страхования;

г) в иных случаях, предусмотренных законодательством.

8. Возврат страховой премии (страховых взносов) за неистекший срок в случае досрочного прекращения договора страхования производится, если иное не предусмотрено в договоре, только в случае отсутствия страховых выплат по такому договору и если истекший срок страхования составляет менее 45 дней. Возврат страховой премии производится исходя из фактически поступившей по договору страхования суммы страховой премии (страховых взносов), пропорционально неистекшему периоду страхования, за который уплачена страхования премия (страховой взнос) за вычетом расходов на ведение дела.

9. О намерении досрочного прекращения договора страхования по основаниям, указанным в п/п.7) и 8) п.7 настоящей статьи, стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, договор страхования считается расторгнутым по истечении 10-ти дней с момента направления уведомления о прекращении договора страхования другой стороне. В остальных случаях договор страхования прекращается в 00:00 дня, следующего за днем, в котором наступили соответствующие основания

Статья 9. Права и обязанности сторон

1. Права и обязанности сторон устанавливаются в соответствии со статьей 10 раздела 2 настоящих Правил.

Статья 10. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования

1. Значительным увеличением страхового риска является отклонения в течение беременности от физиологической нормы.

2. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

Статья 11. Действия Застрахованного лица при наступлении страхового случая

1. Действия Застрахованного при наступлении страхового случая определяются в соответствии с порядком, установленным в статье 12 раздела 2 настоящих Правил страхования.

Статья 12. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков. Порядок, условия и сроки принятия решений об осуществлении страховых выплат

1. Порядок предоставления документов для осуществления страховой выплаты, ограничения при осуществлении страховой выплаты, а также сроки и условия принятия решения об осуществлении страховых выплат определяется в соответствии со статьей 13 и статьей 14 раздела 2 настоящих Правил.

2. В случае получения Медицинского обслуживания Застрахованным на сумму, превышающую соответствующие страховые суммы и по соответствующим видам Медицинского обслуживания согласно Программе страхования Застрахованного, Страхователь (Застрахованный) обязан возместить Страховщику разницу в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате. В случае, если возмещение не получено в течение указанного выше срока, Страховщик имеет право приостановить организацию Медицинского обслуживания и осуществление страховых выплат в отношении такого Застрахованного до осуществления возмещения

3. В случае получения Медицинского обслуживания до начала/после прекращения действия страховой защиты в отношении Страхователя (Застрахованного) либо не предусмотренных Программой страхования Застрахованного, Страхователь обязан возместить Страховщику указанные расходы в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате.

Статья 13. Особые условия

1. По соглашению сторон в Договор страхования, заключаемый в соответствии с Правилами, могут быть включены особые условия (страховые оговорки, определения, исключения и т.п.), не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

Статья 14. Порядок разрешения споров

1. Споры, возникающие по Договору страхования, рассматриваются Сторонами путем переговоров.

2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.

Приложение 1 к разделу 5

СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Статья 1. Ведение беременности

Страховщик обязуется оплатить следующие медицинские услуги, входящие в страховое покрытие, в пределах страховой суммы:

1) Круглосуточная связь с диспетчерской службой; мониторинг состояния здоровья

2) Медицинское обслуживание акушера-гинеколога Медицинской компании в поликлинике, включающее:

сбор анамнеза;

осмотр;

антропометрия;

измерение роста, веса;

измерение АД;

- измерение размеров и формы таза;

определение сроков беременности;

измерение окружности живота;

высота стояния дна матки;

установление положения, позиции, предлежащей части плода;

выслушивание сердцебиения плода;

ведение амбулаторных карт;

постановку диагноза при соматических заболеваниях беременной;

назначение лечения;

экспертиза временной нетрудоспособности;

организацию госпитализации (при необходимости),

при этом данное обслуживание проводится в следующие сроки:

1 посещение - до 12 недель

2 посещение - в сроке 16- 20 недель

3 посещение – в сроке 24- 25 недель

4 посещение – в сроке 30- 32 недель

5 посещение – в сроке 36 недель

6 посещение – в сроке 38- 40 недель

7 посещение - в сроке 41 неделя

3) Консультации следующих узких специалистов:

терапевта – при взятии на учет - 10-12 недель и в 30 недель;

окулиста – при взятии на учет – 10-12 недель;

генетика – в сроки 10-12 недель, в 20-24 недели

стоматолога - при взятии на учет;

отоларинголога - при взятии на учет;

эндокринолога - при взятии на учет

4) Лабораторные исследования (согласно графику обследования):

общий анализ крови (ОАК) - 5 раз: При взятии на учет -10-12 недель; 16-20 недель; 24-25 недель; 30-32 недели; 38-40 недель

общий анализ мочи (ОАМ) - 6 раз и по показаниям: при взятии на учет – 10-12 недель; 16-20 недель; 24-25 недель; 30-32 недели; 36 недель; 38-40 недель;

биохимический анализ крови - 1 раз (в 30 недель);

ИФА или РИФ на следующие инфекции: хламидии, уреаплазма уреалитикум, цитомегаловирус, герпес 2 типа, микоплазма, бруцеллез, токсоплазмоз, листериоз – однократно;

Резус-фактор, группа крови - при взятии на учет- 10-12 недель;

RW – 2 раза: 10-12 недель, 30- 32 недели;

ВИЧ – 2 раза: 10- 12 недель, 30- 32 недели;

HBsAg – при взятии на учет 10-12 недель

исследование мазка - не более 3-х раз: 10-12 недель; 30-32 недели; 36-38 недель

бак. посев из цервикального канала - после 35 недель перед родами

бак. посев мочи - однократно - по показаниям

коагулограмма - в 30 недель;

биохимические генетические маркеры (по направлению генетика) - в 10-12 недель; в 20- 24 недели.

5) Инструментальные исследования:

УЗИ органов малого таза - 3 раза: 10-14 недель; 20- 24 недели; 30-34 недель;

ЭКГ – 1 раз – при взятии на учет ;

кардиотокография плода – 1 раз – при сроке беременности 38 недель

6) Услуги среднего медицинского персонала (в/м, в/в, подкожные инъекции, в/в инфузии, забор крови на анализы) – по назначению акушера-гинеколога.

7) Занятия психопрофилактической подготовки к родам - Посещение по направлению врача в срок 30-32 недели. Занятия проводятся специалистами ТОО ЦПС «Аист». Курс состоит из 4-х занятий: 2 занятия по психофизической подготовке беременных к родам, 2 занятия по вопросам грудного вскармливания и ухода за ребенком.

Статья 2. Родовспоможение

Страховщик обязуется оплатить следующие медицинские услуги, входящие в страховое покрытие, в пределах страховой суммы:

1) физиологические роды – услуги Уполномоченных поставщиков медицинских услуг по родовспоможению при физиологических родах. Под физиологическими родами понимаются нормальные, естественные роды, которые не были ничем осложнены, характеризуются наступлением в срок 38-40 недель беременности (10 акушерских месяцев), через естественные родовые пути, с весом зрелого здорового плода около 3,3 килограмма и ростом 50-55 сантиметров в головном предлежании, с введением оболочек плода и плаценты. Физиологические роды отличаются от патологических отсутствием отклонений (к ним относится кесарево сечение, слабость родовой деятельности, кровотечения);

2) патологические роды – услуги Уполномоченных поставщиков медицинских услуг по родовспоможению при патологических родах - если такое покрытие предусмотрено Программой страхования и/или Договором страхования

Раздел 6. Страхование детей в возрасте до 1 года

1. Определения.

1. Страховщик – АО «Компания по страхованию жизни «Азия Life».

2. Страхователь – компания или физическое лицо (родитель Застрахованного), заключившее со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования.

3. Застрахованное лицо (Застрахованный, Выгодоприобретатель) – ребенок в возрасте до 1 года, в чью пользу заключен Договор и кому непосредственно предоставляется Медицинское обслуживание.

4. Медицинское обслуживание - услуги по организации предоставления медицинских услуг, предоставлению медицинских услуг Застрахованному или продажа фармацевтических препаратов для Застрахованного Поставщиками медицинских услуг.

5. Врожденные заболевания – означают наследственные заболевания и пороки развития, и заболевания и пороки развития, возникшие в течение внутриутробного развития.

6. Врач – означает специалиста с высшим медицинским образованием, имеющего лицензию на занятие частной медицинской практикой, либо работающего у Поставщика медицинских услуг.

7. Договор – означает Договор добровольного медицинского страхования, заключенный между Страховщиком и Страхователем в отношении медицинского страхования Застрахованных(ого) лиц(а).

8. Программа страхования – означает описание выбранного страхового покрытия, определяющего основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг, оказываемых Застрахованному. Программа страхования может включать все или отдельные разделы медицинского страхования.

9. Страховая премия - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем, за услуги по страхованию Застрахованных лиц в соответствии с выбранной Программой страхования.

10. Поставщики медицинских услуг – физические и юридические лица, имеющие соответствующие лицензии на оказание медицинских услуг или продажу фармацевтических препаратов в Республике Казахстан.

11. Уполномоченные поставщики медицинских услуг – поставщики медицинских услуг, заключившие договор со Страховщиком на Медицинское обслуживание Застрахованных лиц.

12. Уполномоченные поставщики медицинских услуг также являются Выгодоприобретателями по договору страхования.

13. Медицинская пластиковая карточка – информационная карточка, выдаваемая Страховщиком родителю Застрахованного в соответствии с Договором страхования, на котором указан идентификационный номер, фамилия, имя и отчество Застрахованного, даты начала и окончания страховой защиты, а также телефоны CALL-центра Страховщика. Медицинская пластиковая карточка подтверждает право Застрахованного лица на получение Медицинского обслуживания со стороны.

14. Уполномоченных поставщиков медицинских услуг и/или возмещение медицинских расходов в соответствии с Программой страхования Застрахованного лица.

15. Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы, определенной соответствующей Программой страхования Застрахованного лица при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия настоящего Договора страхования.

16. Страховой случай - обращение Застрахованного лица в течение срока действия настоящего Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением услуг, предусмотренных

Программой страхования и возникновение подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание или расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию.

17. Страховое покрытие – условия осуществления страховой выплаты, предусмотренные настоящим Договором и соответствующей Программой страхования (в том числе страховая сумма – всего и по отдельным видам Медицинского обслуживания, франшизы – если применимо, и т.д.) и определяющие основные признаки Страхового случая.

18. Страховая сумма (страховой лимит) - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора.

Статья 2. Объект страхования

1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного, родителя Застрахованного), связанные с риском возникновения затрат на получение медицинской помощи Застрахованному.

Статья 3. Застрахованные

1. Застрахованными могут быть дети в возрасте до 1 года.
2. Не подлежат страхованию дети с врожденными заболеваниями, а также с заболеваниями, указанными в пункте 2 статьи 3 и статье 7 раздела 2 настоящих Правил страхования.
3. При выявлении заболевания или обстоятельств, указанных в пункте 2 настоящей статьи, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц. При этом Страховщик имеет право удержать полностью оплаченную страховую премию (в случае сокрытия информации Страхователем или родителем Застрахованного о таком заболевании), либо произвести частичный возврат премии (в случае впервые диагностированного заболевания в период действия Договора страхования).

Статья 4. Страховая сумма

1. Страховая сумма (страховой лимит) – определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и которая является основой для определения размера страховой премии.
2. Страховой суммой является предельный объем ответственности Страховщика по Договору страхования при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком отдельно для каждого Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования. Страховая сумма может быть установлена как по всему Договору страхования, так и по отдельным видам услуг.
3. В течение срока договора страховая сумма по соглашению сторон может быть изменена путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования.

Статья 5. Страховой случай

1. Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. В соответствии с настоящими Правилами, Страховым случаем является предоставление медицинских услуг Застрахованному, предусмотренных Программой страхования, Поставщиками медицинских услуг и возникновение подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание и/или подлежащих возмещению расходов на Медицинское обслуживание Застрахованного.
2. Не является Страховым случаем предоставление Застрахованному медицинских услуг:
 - 1) не предусмотренных Программой страхования и договором страхования;
 - 2) в медицинские учреждения, не предусмотренные Программой страхования, без предварительного согласования со Страховщиком;
 - 3) в связи с обстоятельствами, указанными в пунктах 2 и 3 статьи 6 раздела 2 настоящих Правил.
3. Договор добровольного медицинского страхования заключается по Программе страхования, предусматривающей конкретные условия страхового покрытия, основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг. Указанные Программы страхования могут предусматривать предоставление Застрахованному лицу следующих видов медицинской помощи:
 - 1) Амбулаторные услуги по патронажу детей в возрасте до 1 года;
 - 2) Амбулаторно-поликлиническая помощь, помощь на дому при Заболевании;
 - 3) Стационарная медицинская помощь при Заболевании;
 - 4) Скорая медицинская помощь;Детализированное описание вышеуказанных видов страхового покрытия приведено в Приложении 1 к разделу 6 настоящих Правил, которое являются неотъемлемой частью настоящих Правил.

Статья 6. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования

1. Страховое покрытие не включает Заболевания, указанные в статье 7 раздела 2 настоящих Правил

Статья 7. Страховая премия

1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятое им на себя обязательство осуществить страховую выплату при наступлении Страхового случая в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

2. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования при заключении договора страхования или в рассрочку (уплата страховых взносов). Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

Статья 8. Договор страхования: срок и место действия договора страхования, порядок заключения и условия прекращения.

1. Договор страхования заключается сроком до 365 дней с действием на территории Республики Казахстан.

2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан.

3. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и/или сами Правила изложены в одном документе с договором либо приложены к нему. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

4. При наличии более одного Застрахованного лица Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью.

5. В течение 7-ми рабочих дней после уплаты страховой премии (страхового взноса), при условии представления Списка Застрахованных, Страхователю передаются Медицинские пластиковые карточки (по количеству Застрахованных лиц) с приложением Правил страхования и Программ страхования.

6. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до наступления какого-либо события, предусмотренного пунктом 7 настоящей статьи.

7. Договор страхования прекращается в случаях:

- 1) истечения срока его действия;
- 2) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме (оплата стоимости медицинских услуг в размере страховой суммы);
- 3) по достижению Застрахованным возраста 1 год, если Договором страхования не предусмотрено иное;
- 4) смерти Застрахованного лица, если по договору страхования было застраховано только одно лицо;
- 5) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
- 6) расторжения договора по соглашению сторон;
- 7) расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;
- 8) расторжения договора страхования по инициативе Страховщика в случаях: неуплаты Страхователем страховой премии (ее очередного страхового взноса) в установленные сроки;

отказа Страхователя, уведомленного об увеличении стоимости медицинских услуг, от изменений условий договора или доплаты страховой премии по требованию Страховщика;

установления факта передачи Застрахованным лицом Медицинской пластиковой карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по договору страхования;

в иных случаях, предусмотренных законодательством.

8. Возврат страховой премии (страховых взносов) за неистекший срок в случае досрочного прекращения договора страхования производится, если иное не предусмотрено в договоре, исходя из фактически поступившей по договору страхования суммы страховой премии (страховых взносов), за вычетом зарегистрированных страховых выплат, резерва на произошедшие, но не зарегистрированные страховые выплаты, и расходов на ведение дела.

9. О намерении досрочного прекращения договора страхования по основаниям, указанным в п/п 6) и 7) п. 7 настоящей статьи, стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, договор страхования считается расторгнутым по истечении 10-ти дней с момента направления уведомления о

прекращении договора страхования другой стороне. В остальных случаях договор страхования прекращается в 00:00 дня, следующего за днем, в котором наступили соответствующие основания

Статья 9. Права и обязанности сторон

1. Права и обязанности сторон устанавливаются в соответствии со статьей 10 раздела 2 настоящих Правил.

Статья 10. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования

1. Значительным увеличением страхового риска является недоношенность, последствия перинатальных патологий, наличие фоновых заболеваний (анемия, рахит, гипотрофия, паратрофия и др.), отсутствие необходимых санитарно-гигиенических условий в месте проживания Застрахованного.

2. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска, либо вправе досрочно расторгнуть договор страхования в отношении Застрахованного с выявленным увеличением страхового риска в соответствии с пунктом 1 настоящей статьи.

Статья 11. Действия застрахованного лица при наступлении страхового случая

1. Действия Застрахованного при наступлении страхового случая определяются в соответствии с порядком, установленным в статье 12 раздела 2 настоящих Правил страхования.

Статья 12. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков. Порядок, условия и сроки принятия решений об осуществлении страховых выплат

1. Порядок предоставления документов для осуществления страховой выплаты, ограничения при осуществлении страховой выплаты, а также сроки и условия принятия решения об осуществлении страховых выплат определяется в соответствии со статьями 13 и 14 раздела 2 настоящих Правил.

2. В случае получения Медицинского обслуживания Застрахованным на сумму, превышающую соответствующие страховые суммы и по соответствующим видам Медицинского обслуживания согласно Программе страхования Застрахованного, Страхователь (Застрахованный) обязан возместить Страховщику разницу в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате. В случае, если возмещение не получено в течение указанного выше срока, Страховщик имеет право приостановить организацию Медицинского обслуживания и осуществление страховых выплат в отношении такого Застрахованного до осуществления возмещения

3. В случае получения Медицинского обслуживания до начала/после прекращения действия страховой защиты в отношении Страхователя (Застрахованного) либо не предусмотренных Программой страхования Застрахованного, Страхователь обязан возместить Страховщику указанные расходы в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате.

Статья 13. Особые условия

1. По соглашению сторон в Договор страхования, заключаемый в соответствии с Правилами, могут быть включены особые условия (страховые оговорки, определения, исключения и т.п.), не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

Статья 14. Порядок разрешения споров

1. Споры, возникающие по Договору страхования, рассматриваются Сторонами путем переговоров.

2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.

Приложение 1 к разделу 6

СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Статья 1. Патронаж новорожденных

1. Страховщик обязуется оплатить следующие медицинские услуги, входящие в страховое покрытие, в пределах страховой суммы:

1) Круглосуточная связь с диспетчерской службой

2) Медицинское обслуживание педиатров в поликлинике и на дому включающее в себя:

осмотр;
ведение амбулаторных карт;
постановку диагноза;
назначение лечения;

3) патронаж ребенка на дому, «День здорового ребенка» (рост, вес, окружность головы, грудной клетки):

до 1 месяца жизни - патронаж на дому в первые 3 дня после выписки из роддома; на 14-й день жизни; в 1 месяц патронаж в медицинском центре;

со 2 месяца по 12 месяцев жизни - патронаж 1 раз в месяц в мед центре включая:

консультация невропатолога и хирурга-ортопеда – в возрасте 1 месяц;

консультация невропатолога – в возрасте 1 месяц;

общий анализ крови ОАК – в возрасте 1 месяц;

общий анализ мочи ОАМ – в возрасте 1 месяц;

консультация окулиста - в возрасте 6 месяцев;

УЗИ головного мозга – в возрасте 1 месяц

в возрасте 1 год – профилактический осмотр, включая следующих специалистов: ЛОР – врач; хирург; окулист; невропатолог; стоматолог – и лабораторные исследования: общий анализ крови (ОАК) общий анализ мочи (ОАМ); кал на яйца глист;

4) Курс массажа, назначенный по медицинским показаниям;

5) Вакцинация по следующему графику:

БЦЖ; ВГВ-1

В возрасте 0-4 дня: ОПВ-1*; АКДС-1; ВГВ-2; Хиб -1

В возрасте 2 месяца: ОПВ-2*; АКДС-2; Хиб-2

В возрасте 3 месяца: ОПВ-3*; АКДС-3; ВГВ-3; Хиб- 3

В возрасте 4 месяца: ОПВ-4*; Корь; Паротит; Краснуха

* Согласно требованиям Министерства Здравоохранения Республики Казахстан, проведение вакцинации против полиомиелитной инфекции (ОПВ- 1,2,3, 4) разрешено только государственным учреждениям, в связи с этим, данная вакцинация осуществляется в поликлинике по месту жительства

6) Разработка индивидуального плана профилактических мероприятий и координация за состоянием здоровья через CALL-центр

Статья 2. Медицинская помощь при заболевании (амбулаторно-поликлиническая, стационарная, скорая медицинская помощь).

1. Медицинская помощь согласно настоящей статье включает:

1) Предоставление медицинской помощи педиатрами на дому и в медицинском центре;

2) Консультации узких специалистов;

3) Организация госпитализации в случае необходимости.

Төлеулерге және
мұқимдерге

42 адамға
жолдану

