УТВЕРЖДЕНЫ
решением Совета директоров
АО «Страховая компания «Халык»
от «18» февраля 2019 г.
Протокол №49

ПРАВИЛА
добровольного страхования лиц, выезжающих за рубеж
АО «Страховая компания «Халык»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Правила добровольного страхования лиц, выезжающих за рубеж (далее – Правила) разработаны в соответствии с законодательством Республики Казахстан, внутренними нормативными документами Акционерного общества «Дочерняя организация Народного Банка Казахстана «Страховая компания «Халык» и регламентируют условия страхования, порядок заключения, сопровождения и исполнения договора добровольного страхования лиц, выезжающих за рубеж, включая лиц, выезжающих за рубеж с целью обучения (далее – Договор страхования).

2. На условиях настоящих Правил страхования Акционерное общество «Дочерняя организация Народного Банка Казахстана «Страховая компания «Халык» заключает Договоры страхования с юридическими и дееспособными физическими лицами.

3. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1) **внезапное заболевание** – неожиданное расстройство здоровья застрахованного лица, характеризующееся возникновением различных форм нарушений функций организма, требующее срочного медицинского вмешательства с целью предотвращения дальнейшего ущерба здоровью или угрозы жизни;

2) **врач** – физическое лицо, имеющее профессиональное медицинское образование и осуществляющее медицинскую деятельность;

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

4) **заболевание** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными и (или) морфологическими изменениями;

5) **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Если иное не предусмотрено Договором страхования Застрахованными могут являться лица, возраст которых на момент начала действия страховой защиты по Договору страхования составляет от 0 до 75 лет;

6) **медицинская транспортировка** – транспортировка Застрахованного по экстренным медицинским показаниям, в связи с необходимостью оказания медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях, до ближайшего медицинского учреждения специализированным либо обычным транспортным средством в сопровождении медицинского работника;

7) **медицинская эвакуация** – перевозка Застрахованного (при наличии медицинских показаний, а так же транспортабельности Застрахованного, подтвержденной лечащим врачом, с сопровождающим его лицом) с территории страны временного пребывания (территории страхования) до первого ближайшего к постоянному месту жительства Застрахованного международного аэропорта, когда:

а) расходы по пребыванию в стационаре могут превысить установленный Договором страхования лимит, и Застрахованный не имеет возможности (отказывается) оплатить разницу между стоимостью предполагаемых медицинских расходов и суммой установленного Договором страхования лимита;

б) отсутствует возможность оказания Застрахованному требуемой медицинской помощи в стране временного пребывания (территории страхования).

Медицинская эвакуация осуществляется исключительно в случаях, когда ее необходимость подтверждается заключением врача Страховщика, на основании документов местного лечащего врача, и при отсутствии медицинских противопоказаний.

Расходы по медицинской эвакуации покрываются в пределах установленной в Договоре страхования страховой суммы;

8) **медицинские расходы** – неизбежные, необходимые траты, возникающие во время пребывания Застрахованного на территории страхования, связанные с возникшим заболеванием и необходимостью оказания медицинской помощи (диагностикой, терапевтическим и/или хирургическим лечением), предписанной квалифицированным практикующим врачом, которые не могут быть отложены до возвращения Застрахованного на место его постоянного проживания (гражданства) в Республике Казахстан;

9) **медицинский Ассистанс** – Представитель Страховщика. Юридическое лицо, которое на основании Договора сотрудничества со Страховщиком, осуществляет услуги по организации и оказанию медицинских и иных услуг согласно категории, выбранной Страхователем согласно условиям Договора страхования на территории страхования;

10) **медицинское учреждение (медицинская сеть)** – юридическое лицо, с которым(и) Представитель Страховщика заключил договоры на оказание услуг Застрахованным;

11) **несчастный случай** – наступившее вопреки воле Застрахованного внезапное, кратковременное событие (происшествие) в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на его организм, повлекшее за собой вред здоровью либо смерть Застрахованного;

12) **острое заболевание** – заболевание, возникшее внезапно, в период действия Договора страхования и требующее оказания неотложной медицинской помощи, при этом медицинская помощь должна быть оказана немедленно, т.е. в первые сутки после возникновения случая, и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечёт за собой развитие тяжёлых необратимых состояний, вплоть до летального исхода;

13) **репатриация** – организация медицинским Ассистансом транспортировки тела умершего Застрахованного до ближайшего международного аэропорта в Республике Казахстан, либо международного аэропорта страны гражданства/постоянного проживания Застрахованного;

14) **сопровождающее лицо** – член семьи (родственник) или иное лицо, имеющее возможность выехать за рубеж для сопровождения Застрахованного, если такое сопровождение необходимо по медицинским показания;

15) **спорт** – сфера социально-культурной деятельности как совокупность видов спорта (совокупность физических упражнений или интеллектуальных способностей в состязательной деятельности), сложившаяся в форме спортивных соревнований и специальной подготовки человека к ним;

16) **срочный приезд сопровождающего лица** – продиктованная чрезвычайностью ситуации и строго по медицинскому предписанию врача, необходимость приезда сопровождающего лица в медицинское учреждение госпитализации Застрахованного в стране временного пребывания (если Застрахованный путешествовал в одиночку);

17) **Страхователь** – лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком и уплатившее страховую премию;

18) **Страховщик** – Акционерное общество «Дочерняя организация Народного Банка Казахстана «Страховая компания «Халык», зарегистрированное в качестве страховой организации и имеющее лицензию на право осуществления страховой деятельности на территории Республики Казахстан;

19) **территория страхования** – территория, указанная в Договоре страхования, на которую распространяется действие страховой защиты;

20) **эвакуация детей** – возвращение детей (в возрасте от 0 до 18 лет), совершающих совместную поездку с Застрахованным и оставшихся без присмотра в связи с внезапным заболеванием Застрахованного, до ближайшего международного аэропорта страны гражданства/постоянного места жительства Застрахованного;

21) **экстренный случай** – непредвиденное событие (острое и внезапное заболевание, несчастный случай), вследствие чрезвычайности которого Застрахованный лишен возможности связаться с медицинским ассистансом и (или) Страховщиком;

22) **экстренная медицинская помощь** – медицинская помощь, требующая безотлагательного медицинского вмешательства для предотвращения существенного вреда здоровью или устранения угрозы жизни при внезапных острых заболеваниях, травмах, резком ухудшении состояния здоровья, обострении хронических заболеваний в соответствии с перечнем, определяемым Договором страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

4. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, временно выезжающего за пределы территории Республики Казахстан, связанные с расходами Застрахованного на получение услуг в соответствии с Программой страхования, выбранной Страхователем и указанной в Договоре страхования, возникших вследствие несчастного случая и (или) внезапного заболевания на указанной в Договоре страхования территории страхования, в период действия страховой защиты по Договору страхования.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ И МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ

5. Страховой случай - событие, обладающее признаками вероятности и случайности, с наступлением которого Договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты.

6. Страховым случаем признается (является) возникновение непредвиденных расходов Страхователя (Застрахованного) в период действия страховой защиты по Договору страхования во время его нахождения за рубежом (на территории страхования), в связи с ухудшением состояния здоровья, вызванным внезапным заболеванием или несчастным случаем, в результате обращения в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования, за организацией:

1) экстренной медицинской помощи;
2) медицинской транспортировки;
3) медицинской эвакуации и (или) репатриации;
4) срочного приезда сопровождающего лица;
5) эвакуации детей.

7. Медицинские показания - объективные причины и условия для получения тех или иных медицинских услуг по диагностике и лечению заболевания, послужившего причиной обращения в медицинский Ассистанс у конкретного Застрахованного, в соответствии с Правилами страхования, Договором страхования и Программой страхования.

8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховой случай считается наступившим при условии, что Застрахованный для организации получения медицинской помощи или иных услуг, предусмотренных Договором страхования, обратился в медицинский ассистанс и выполнил все действия в соответствии с его инструкциями.

9. Перечень покрываемых страхованием расходов Застрахованного определяется Программой страхования и Договором страхования.

10. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе (Застрахованном, Выгодоприобретателе).

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

11. Страховыми случаями, согласно настоящим Правилам, не признаются расходы Застрахованного, вследствие:

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

2) народных волнений всякого рода, массовых беспорядков или забастовок, мятежа, локаутов, гражданских беспорядков, приобретающих размеры или разрастающихся до народного восстания, бунта, гражданских волнений, военного мятежа, революции, военного захвата или узурпации власти, конфискации, реквизиции или национализации имущества, террористических актов;

3) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4) действий Застрахованного (Выгодоприобретателя), совершенных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения или находящимся под воздействием лекарственных или психотропных средств;

5) природных катаклизмов: землетрясений, наводнений, селей, ураганов, торнадо и др.;

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

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

8) действий Страхователя, Застрахованного и (или) Выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами Республики Казахстан порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

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

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

2) непринятие Страхователем мер по уменьшению убытков от страхового случая;

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

4) неуведомление Страховщика о наступлении страхового случая;

5) несоблюдение установленных и общепринятых правил и норм безопасности, инструкций по эксплуатации опасных объектов, а также несоблюдение стандартов, положений, законов или ведомственных нормативных документов, установленных для осуществления каких-либо видов деятельности;

6) если ухудшение состояния здоровья или смерть Застрахованного находится в прямой причинно-следственной связи с заболеваниями, имевшимися на момент начала страховой защиты по Договору страхования, независимо от того, проводилось по ним лечение или нет, а также, если выезд за рубеж был противопоказан Застрахованному по состоянию здоровья, и (или) выезд мог усугубить течение имевшегося заболевания;

7) если целью поездки является получение медицинских услуг;

8) другие случаи, предусмотренные законодательными актами Республики Казахстан.

13. Страховщик не производит страховую выплату за:

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

2) моральный вред;

3) понесенные расходы немедицинского характера, например, разговоры по телефону, услуги такси, услуги переводчика, проживание сопровождающих лиц, палаты люкс-уровня или повышенной комфортности и другие;

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

5) судебные издержки;

6) медицинские услуги, не предусмотренные Договором страхования / Программой страхования;

7) услуги, не согласованные со Страховщиком или медицинским Ассистансом, медицинские и иные услуги по обследованию и (или) лечению Застрахованного на территории страхования, получение которых являлось его преднамеренной целью при заключении Договора страхования;

8) услуги врача спортивной команды и (или) медицинские услуги, предоставление которых обеспечено организаторами спортивных мероприятий, в случае поездки Застрахованного за границу с целью участия в них;

9) несоблюдение Застрахованным лечебных рекомендаций врача медицинского Ассистанса, правил поведения в лечебном учреждении при наличии указаний в медицинском рапорте;

10) услуги, не подтвержденные соответствующими документами (назначение врача, рецепт, счет, квитанция, чек и т.п., с учетом региональных особенностей).

14. Страховщик не осуществляет страховую выплату в следующих случаях:

1) при предоставлении медицинских услуг, не относящихся к объему экстренной медицинской помощи и не назначенных лечащим врачом при экстренном обращении;

2) при хронических заболеванях и их обострениях, не повлекших угрозу для жизни Застрахованного;

3) при заболеваниях, причиной которых является инвалидность I и II групп;

3) при доброкачественных и злокачественных новообразованиях (в том числе онкогематологических), их осложнениях и обострениях, а также их диагностики, независимо от сроков выявления;

4) при заболеваниях, требовавших лечения в течение последних 6 (шести) месяцев до начала действия Договора страхования, а также при заболеваниях, имевшихся у Застрахованного в день начала поездки, последствиях (осложнениях), возникших в период после оперативного или терапевтического лечения данного заболевания (данное исключение не распространяется на лиц, выезжающих за рубеж с целью обучения и оплативших соответствующую категорию риска, но не более не более 2 (двух) приемов врача и минимального объем лабораторных исследований по 1 (одному) страховому случаю);

5) при проведении профилактических вакцинаций и медицинских осмотров;

6) при психических расстройствах и заболеваниях, расстройстве поведения;

7) при приобретении изделий медицинского назначения: очков, контактных линз, слуховых аппаратов, сопутствующих медицинских товаров: инвалидные коляски, бандажи костыли, ортезы и другие;

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

9) если причиной обращения являются заболевания (состояния), возникшие в результате воздействия солнечных лучей;

10) при ВИЧ-инфекции, СПИДе, венерических заболеваниях и заболеваниях, передающихся половым путем, туберкулезе, включая их диагностику и лечение;

11) при лечении в санаториях, лечебницах, домах отдыха и других организациях медицинского или санаторно-курортного типа, попечительском уходе;

12) при состояниях, возникших в связи с беременностью, родами, любых осложнений беременности свыше 12 (двенадцати) недель, а так же абортов, в том числе самопроизвольных, за исключением случаев, представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованной, при срок беременности не более 12 (двенадцати) недель;

13) при всякого рода протезировании, в том числе глазного и стоматологического;

14) при трансплантации органов и тканей, экстракорпоральных методах лечения: проведение гемодиализа, плазмофореза и гемосорбции и др.

15) при инфекционных заболеваниях, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией;

16) при обследовании, анализах, приеме медицинских препаратов, выходящих за пределы необходимости и достаточности, по мнению врачей медицинского Ассистанса и (или) Страховщика;

17) при расходах, связанные с предоставлением услуг, не являющихся жизненно необходимыми с медицинской точки зрения;

18) при стоматологической помощи, за исключением экстренной, указанной в настоящих Правилах;

19) при получении всех методов нетрадиционного и традиционного лечения, не относящихся к объему экстренной помощи: фитотерапии, гирудотерапии, гомеопатического лечения, иглорефлексотерапии, флойтинг-ванн, гидромассажа, гидроколонотерапии, сухой и подводной вытяжки, грязелечения, биорезонансной терапии и т.д.; восстановительного (реабилитационного) лечения и другими методами альтернативной или неклассической медицины;

20) физиотерапевтических процедур, за исключением проведения ингаляций при бронхоспазме;

21) при ухудшении состояния здоровья вследствие приема средств, вызывающих алкогольное опьянение, наркотического опьянения или приема средств, как растительного происхождения, так и средств, разработанных путем химического синтеза, вызывающих алкогольное, наркотическое либо токсическое опьянение;

22) в случае самоубийства или попытки самоубийства, любого причинения вреда собственному здоровью самим Застрахованным;

23) если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, при заболеваниях и (или) травмах, явившихся результатом занятия Застрахованного опасными видами развлечений или спорта (если не оплачена предусмотренная соответствующей Программой страхования соответствующая категория риска), влекущими за собой высокий риск получения увечий и (или) смерти:

- любые виды профессионального или любительского спорта, сопряженные с высокими скоростями и прыжками с высоты (в том числе катание на спортивных водных судах мотогонки, автогонки), прыжки в воду со скал, банджи-джампинг, (исключая бананы, катание на водных аттракционах, в аквапарках);
- серфинг, дайвинг, рафтинг, парашютный спорт, дельтапланеризм, парапланеризм, катание на квадроциклах, водных мотоциклах, катание на сноуборде и горных лыжах, скалолазание, альпинизм, рукопашный бой, борьба, бокс, самбо, дзюдо, каратэ, таэквондо, сумо, кикбоксинг, айкидо, кендо, кобудо, ушу, кунг-фу (кроме случаев, когда выбрана категория страхового покрытия для спортсменов, выезжающих для участия в спортивных соревнованиях);
- футбол, виндсерфинг, тяжелая атлетика, подъем тяжестей, погружение под воду;

24) в случаях, когда Застрахованный подвергает себя неоправданному риску, т.е. риску, который заведомо может привести к летальному исходу, либо телесным повреждениям, если дополнительный риск не был предусмотрен и оплачен по соглашению Сторон с выдачей страхового полиса по специальным тарифам для профессиональных спортсменов, выезжающих для участия в спортивных соревнованиях;

25) в случаях преднамеренного причинения вреда своему здоровью Застрахованным с целью получения страховой выплаты за полученные медицинские услуги на территории страхования;

26) при искусственном осеменении, лечении бесплодия или по предупреждению зачатия;

27) при управлении транспортным средством лицом, не имеющим на то прав, или лицом, находящимся в состоянии опьянения или под воздействием наркотиков, психотропных веществ и десенсибилизирующих (седативных) веществ, вызывающих сонливость, нарушение ориентации, нарушение концентрация внимания;

28) при самолечении, назначении и проведении лечения членом семьи Страхователя (Застрахованного);

29) при заболеваниях, вызванных действиями врача, не уполномоченного Страховщиком;

30) вне территории страхования, указанной в Договоре страхования;

31) в случае службы или прохождения соответствующего обучения в военных и правоохранительных органах;

32) при добровольном отказе Страхователя (Застрахованного) от эвакуации в страну гражданства/постоянного жительства в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям. Не оплачиваются расходы по услугам, предоставленным Застрахованному, с момента письменного отказа от эвакуации в страну гражданства/постоянного жительства;

33) при добровольном отказе Страхователя (Застрахованного) от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая, и всех последствий такого отказа;

34) при хирургическом лечении, которое могло быть заменено на консервативные (неоперативные) методы лечения, или которое могло быть отсрочено до возвращения Застрахованного на место постоянного проживания, или которое не было одобрено Страховщиком и (или) медицинским Ассистансом;

35) в случае выезда за рубеж с целью найма на работу (трудовая деятельность), связанной с высоким риском причинения вреда здоровью и (или) наступления несчастного случая, в том числе, повлекших смерть Застрахованного.

15. Если не оплачена соответствующая категория риска, не являются страховым случаем и не подлежат возмещению расходы Застрахованного вследствие занятия физическим трудом, опасными видами активного отдыха, любительским или профессиональным спортом.

16. Не признаются страховыми случаям:

1) заболевания сосудов (облитерирующий эндартериит, атеросклероз, аневризма, варикозное расширение вен; болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), варикоцеле, варикозное расширение прямой кишки – геморрой;

2) глазные болезни: миопия, астигматизм, катаракта, глаукома, ретинопатии, спазм аккомодации, отдаленные последствия травмы глаза в виде отслойки сетчатки, услуги по массажу век и биостимуляции глазного яблока, синдром сухого глаза;

3) диагностика и лечение расстройства питания и нарушения обмена веществ: ожирение, мочекислый диатез, подагра, дистрофия и т.д.;

4) диагностика и лечение эндокринных заболеваний: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и другие;

5) системные заболевания (СКВ (системная красная волчанка), узелковый периартериит, системная склеродермия, болезнь Бехтерева, болезнь Шегрена, болезнь Рейтера, ДОА (деформирующий остеоартроз), дерматомиозит, системные васкулиты, ревматизм и т.д.), заболевания костной системы (остеопороз, пяточная шпора, дисплазии и т.д.);

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

7) подбор, приобретение и ремонт корригирующей техники (очки, линзы, костыли, слуховые аппараты и др.)

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

9) медицинские расходы, связанные с проведением коронароангиографии; а также хирургическими вмешательствами на сердце (аорто-коронарное шунтирование, стентирование, установка искусственного водителя ритма и т.д.) даже при наличии медицинских показаний;

10) диагностика и лечение видимой наследственной патологии (карликовость, ускоренное половое созревание), наследственных, генных, хромосомных заболеваний и врожденных и приобретенных пороков развития, детского церебрального паралича;

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

12) хронические заболевания дыхательной системы: бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью;

13) заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардит Абрамова-Фидлера, кардиомиопатии; заболевания, требующие внедрения искусственного водителя ритма; хронические нарушения ритма (мерцательная аритмия, полная АВ блокада, постинфарктный кардиосклероз, аневризма сердца, приобретенные и врожденные пороки сердца), хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения;

14) заболевания мочеполовой системы: поликистоз почек; хронический гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность 2 – 3 стадии, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения, нефроптозы;

15) заболевания центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствия; гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), болезнь Альцгеймера, синдром Паркинсона, эпилепсия, детский церебральный паралич;

16) острая и хроническая лучевая болезнь;

17) хронические гепатиты (включая вирусный), циррозы любой этиологии и степени активности;

18) медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для разрешения ношения оружия, получения водительских прав, посещения оздоровительных учреждений, поступления в учебные заведения, оформления справок для выезда за рубеж, о состоянии здоровья;

19) стоматологические расходы по протезированию, подготовке к ортопедии, косметологии (отбеливание, чистка и снятие зубных отложений), ортодонтии;

20) расходы, связанные с искусственным оплодотворением и его осложнениями;

21) определение уровня гормонов крови;

22) магнитно-резонансная или компьютерная томография за исключением проведения по экстренным показаниям;

23) расходы по заболеваниям с профилактическим и плановым лечением;

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

17. На страхование не принимаются:

1) лица, являющиеся инвалидами 1 и 2 групп;

2) лица старше 75 лет, если иное не оговорено условиями Договора страхования;

Если в течение срока действия Договора страхования выяснится, что Договор страхования заключен в отношении одного из указанных в настоящем пункте лиц, то в отношении такого Застрахованного, предоставление страховой защиты по Договору страхования прекращается.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

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

19. Договором страхования (Программой страхования) могут быть установлены страховые суммы (лимиты ответственности Страховщика) по отдельным видам риска либо расходам, покрываемым страхованием.

20. Размер страховой суммы (лимиты ответственности Страховщика) определяется по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

21. Франшиза – предусмотренное условиями страхования освобождение Страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера. Франшиза может быть установлена либо в процентах к страховой сумме, либо в абсолютном размере. При заключении Договора страхования может применяться условная (невычитаемая) или безусловная (вычитаемая) франшиза.

22. При условной франшизе Страховщик освобождается от возмещения ущерба, не превышающего установленного размера франшизы, но должен возместить ущерб полностью, если его размер больше этой суммы.

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

24. Размер и тип франшизы указываются в Договоре страхования.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

26. Страховая премия устанавливается Страховщиком в соответствии со ставками страховых премий, действующими на момент заключения Договора страхования, с учетом степени страхового риска (программы страхования) и срока страхования.

27. Порядок и сроки уплаты страховой премии устанавливаются Договором страхования.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

28. Страховщик обязан:

1) ознакомить Страхователя с условиями страхования (настоящими Правилами), представить (направить) копию настоящих Правил, если Договор страхования заключен путем присоединения к настоящим Правилам с выдачей Страхователю страхового полиса;

2) контролировать объем, сроки и количество предоставляемых услуг в соответствии с условиями Договора страхования;

3) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;

4) в случае непредоставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) всех необходимых для принятия решения об осуществлении страховой выплаты документов, уведомить заявителя о недостающих документах в срок, установленный Договором страхования;

5) отказать в возврате страховой премии, осуществлении страховой выплаты в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;

6) возместить Страхователю (Застрахованному) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;

7) в случае утери Договора страхования, оформленного в бумажной форме, на основании заявления Страхователя, выдать ему дубликат Договора страхования или по запросу Страхователя повторно направить электронный Договор страхования на адрес электронной почты Страхователя, указанный им при заключении Договора страхования;

8) обеспечить тайну страхования.

29. Страховщик имеет право:

1) требовать от Страхователя предоставления сведений, необходимых для определения степени риска, оформления Договора страхования, включая информацию о предыдущих договорах страхования, страховых случаях и страховых выплатах;

2) отказать в осуществлении страховой выплаты по основаниям, предусмотренным настоящими Правилами и (или) Договором страхования;

3) в случае увеличения степени страхового риска внести изменения в условия Договора страхования, в том числе потребовать уплаты дополнительной страховой премии;

4) проверять предоставляемую ему информацию и документы;

5) запрашивать у соответствующих государственных органов и организаций, исходя из их компетенции, документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и размер причиненного вреда;

6) требовать от Страхователя (Застрахованного) информацию и документы, необходимые для установления факта наступления страхового случая, обстоятельств его возникновения и размера причиненного вреда;

7) требовать от Страхователя (Застрахованного) возврата стоимости неиспользованных оплаченных Страховщиком, при наступлении страхового случая, проездных билетов (авиа-, автотранспорта, железнодорожного или морского транспорта) в целях эвакуации Застрахованного в страну гражданства/постоянного проживания или в случае возращения детей Застрахованного, оставшихся без присмотра на территории страхования из-за болезни Застрахованного или несчастного случая, происшедшего с ним;

8) в случае необходимости при заключении Договора страхования направить Застрахованного на медицинский осмотр;

9) приостановить осуществление страховой выплаты до выяснения всех обстоятельств и причин возникновения страхового случая с направлением Застрахованному письменного обоснования причин;

10) досрочно расторгнуть Договор страхования в установленном настоящими Правилами и Договором страхования порядке;

11) отказаться от заключения Договора страхования;

12) требования, которое Страхователь (Застрахованный) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования.

30. Страхователь обязан:

1) сообщать Страховщику известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков в случае его наступления;

2) предоставить информацию Страховщику о заключении аналогичных договоров страхования с другими страховыми компаниями (двойное страхование);

3) уплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;

4) довести до сведения Застрахованного условия страхования и требования настоящих Правил.

31. Страхователь (Застрахованный) обязан:

1) при заключении Договора страхования дать согласие на освобождение врачей и иных работников медицинских учреждений от обязательства конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая. В случае необходимости уполномочить врачей, медицинские организации и иных уполномоченных лиц (как в стране постоянного проживания (гражданства), так и на территории страхования) выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы (справки, заключения и т.д.;

2) информировать Страховщика о состоянии страхового риска;

3) уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования;

4) выполнять условия настоящих Правил и Договора страхования;

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

6) обеспечить сохранность и передачу Страховщику оригиналов документов, подтверждающих факт обращения за медицинской помощью и расходов по страховому случаю, с переводом на русский или казахский язык (услуги перевода оплачиваются Страхователем (Застрахованным) самостоятельно и возмещению не подлежат);

7) следовать указаниям медицинского Ассистанса, соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе получения медицинских услуг, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

8) в случае травмы, отравления и при других несчастных случаях пройти медицинское освидетельствование на содержание алкоголя в крови. При отказе Застрахованного от прохождения данной процедуры Страховщик вправе отказать полностью или частично в страховой выплате;

9) обеспечить переход к Страховщику права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая.

32. Страхователь имеет право:

1) требовать от Страховщика информацию о его платежеспособности и финансовой устойчивости;

2) ознакомиться с настоящими Правилами и получить их копию;

3) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования;

4) получить дубликат Договора страхования, оформленного в бумажной форме, в случае его утери или повторно получить электронный Договор страхования на адрес электронной почты Страхователя, указанный им при заключении Договора страхования.

33. Страхователь (Застрахованный) не имеет права передавать Договор страхования другим лицам с целью получения ими услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу Договор страхования с такой целью, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении этого Застрахованного. При этом уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

34. Страхователь (Застрахованный) и Страховщик имеют иные права и обязанности, предусмотренные законодательством Республики Казахстан, настоящими Правилами и Договором страхования.

8. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

35. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, но не позднее чем в трехдневный срок с момента возникновения, сообщать Страховщику о ставших ему известных значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными, во всяком случае, признаются изменения сведений, предоставленных при заключении Договора страхования или оговоренных в нем (территория страхования, цель поездки, сроки пребывания и т.п.).

36. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования и (или) уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор страхования. При этом Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию за неиспользованный период за вычетом расходов Страховщика на ведение дела в размере 25 % от суммы подлежащей возврату.

37. При невыполнении Страхователем (Застрахованным) предусмотренной в пункте 35 настоящей Главы обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением.

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

9. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

39. При наступлении любого события, имеющего признаки страхового случая и (или) последствием которого может быть наступление страхового случая, до обращения за медицинской помощью (услугами) или иной дополнительной услугой, Застрахованный обязан незамедлительно, но не позднее чем в течение 24 (двадцати четырех) часов с момента его наступления, обратиться в медицинский ассистанс и (или) к Страховщику и сообщить:

1) фамилию, имя;
2) номер и срок действия Договора страхования;
3) свое местонахождение, контактные телефоны;
4) краткую информацию о происшедшем событии и необходимой помощи.

40. После получения инструкций медицинского Ассистанса и (или) Страховщика, Застрахованный обязан действовать в строгом соответствии с полученными указаниями.

41. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, а также при условии уведомления медицинского Ассистанса и (или) Страховщика о

наступлении страхового события (случая) в установленные Договором страхования сроки, медицинский ассистанс от имени Страховщика организовывает и обеспечивает оказание Застрахованному медицинской помощи (услуг) и других дополнительных услуг, предусмотренных условиями Договора страхования. При этом услуги предоставляются в объеме необходимом и достаточном для оказания экстренной медицинской помощи, а также с учетом франшизы, установленной Договором страхования.

42. При организации медицинской эвакуации, эвакуации детей, посмертной репатриации Страховщик и (или) медицинский Ассистанс вправе использовать обратный билет Застрахованного (путешествующего с ним ребенка).

43. В экстренном случае, когда ввиду чрезвычайности ситуации или по объективным причинам, когда Страхователь (Застрахованный) лишен какой-либо возможности обратиться в медицинский Ассистанс и (или) к Страховщику, он имеет право обратиться к врачу любого ближайшего к месту события медицинского учреждения и самостоятельно оплатить расходы за оказанную ему медицинскую помощь.

При этом Страхователь (Застрахованный) обязан:

1) принять разумные и доступные в сложившейся ситуации меры к уменьшению убытков, связанных со страховым событием;

2) обеспечить документальное оформление события компетентными органами (в зависимости от характера события, в результате которого был причинен вред здоровью Застрахованного или наступила его смерть);

3) предоставить по требованию Страховщика и (или) медицинского ассистанса документацию о диагнозе и лечении, в связи со страховым случаем, а также возможность ознакомиться с медицинской документацией, посредством дачи согласия на освобождение лечащего врача от обязанности соблюдения врачебной тайны;

4) немедленно, как только позволит физическое состояние (в течение 24 (двадцати четырех) часов с момента обращения за медицинской помощью, но не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня наступления страхового случая) сообщить в медицинский ассистанс и (или) Страховщику:

а) фамилию, имя Застрахованного;

б) номер, срок действия Договора страхования;

в) наименование, адрес и телефон медицинского учреждения, в которое направлен Застрахованный;

г) имя, фамилию, адрес нахождения и телефон лечащего врача;

д) адрес постоянного места жительства и гражданство Застрахованного;

5) предоставить по требованию Страховщика документы, подтверждающие регистрацию исходящих телефонных звонков (SMS-сообщений) в медицинский Ассистанс с целью уведомления о наступлении случая

44. В случае смерти Застрахованного, обязанность по уведомлению Страховщика о страховом событии лежит на Страхователе (Выгодоприобретателе) в течение 7 (семи) календарных дней.

45. Своевременное обращение Застрахованного в медицинский Ассистанс и (или) к Страховщику и согласование с ним медицинских и иных расходов, покрываемых в соответствии с условиями Договора страхования, является обязательным условием для осуществления страховой выплаты, за исключением случаев, оговоренных в Главе 4 настоящих Правил.

46. Неуведомление (несвоевременное уведомление) медицинского Ассистанса и (или) Страховщика о наступлении события, последствия которого привели к страховому случаю, дает последнему право отказать в осуществлении страховой выплаты, либо осуществить страховое возмещение в размере 70% от суммы покрываемых расходов в том случае, если

сам страховой случай не вызывает у Страховщика сомнений, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо отсутствие этих сведений у Страховщика не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату, а также за исключением случаев, когда Страхователь (Застрахованный) по уважительной причине (стационарное лечение по возвращении, похороны члена семьи и т.д.) не имел возможности выполнить данную обязанность и подтвердил это документально.

47. Страхователь (Застрахованный) обязан освободить врача, выполняющего обследование и лечение от обязанности хранить врачебную тайну перед Страховщиком.

48. В случае, когда Страхователь (Застрахованный) оплатил расходы за полученные в стране пребывания медицинские услуги самостоятельно, при соблюдении условия настоящих Правил и Договора страхования, Застрахованный (Страхователь) обязан предоставить Страховщику документы в срок не позднее 30 (тридцати) рабочих дней со дня прибытия в Республику Казахстан (в страну постоянного места жительства).

49. Если на момент организованного медицинским Ассистансом визита/приема врача Страхователь (Застрахованный) отсутствует по месту вызова, следующий визит врача и его услуги организуются и оплачиваются за счет Страхователя (Застрахованного). При этом медицинский Ассистанс предоставляет координаты медицинского учреждения для самостоятельного обращения Страхователя (Застрахованного) либо вызова врача по месту пребывания. Страхователь (Застрахованный) по требованию Страховщика обязан возместить расходы, которые были произведены на организацию визита, не состоявшегося из-за отсутствия Страхователя (Застрахованного).

10. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

50. Для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) должен предоставить:

1) письменное заявление о страховом случае;

2) копию Договора страхования (дубликат);

3) оригиналы медицинских документов (медицинский рапорт), содержащих сведения о состоянии здоровья, Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью, установленном диагнозе, проведенных манипуляциях и лечении (калькуляция медицинских расходов);

4) оригиналы рецептов, счетов, фискальных чеков, квитанций на оплату медицинских и других услуг, покрываемых в соответствии с условиями Договора страхования;

5) копию заграничного паспорта Застрахованного с отметками о пересечении государственной границы Республики Казахстан и страны, являющейся территорией страхования по Договору страхования;

6) документы, удостоверяющие личность Застрахованного (Выгодоприобретателя) и право на получение страховой выплаты;

7) копию свидетельства о рождении, в случае если Застрахованным является несовершеннолетнее лицо;

8) оригиналы или копии проездных билетов;

9) сведения о банковских реквизитах Выгодоприобретателя;

10) при несчастном случае - документы, подтверждающие факт и причины наступления страхового случая:

- при дорожно-транспортном происшествии (ДТП) - оригиналы или копии актов дорожной полиции;

- при причинении вреда третьими лицами - постановление о признании Застрахованного в качестве потерпевшего и акт полиции;
- при пожаре – акт о пожаре.

11) по требованию Страховщика – документы, подтверждающие регистрацию исходящих телефонных звонков (SMS-сообщений) в медицинский Ассистанс с целью уведомления о наступлении случая

51. В случае смерти Застрахованного, дополнительно должны быть предоставлены:

1) нотариально засвидетельствованные копии документов, предусмотренные законодательными актами Республики Казахстан, содержащие данные о причине смерти Застрахованного (заключение судебно-медицинской экспертизы и т.п.);

2) оригинал или нотариально засвидетельствованную копию свидетельства о смерти;

3) результаты патологоанатомического исследования (по требованию Страховщика);

4) документы, подтверждающие посмертную репатриацию Застрахованного: перевозочные документы на груз - 200, квитанции, чеки, подтверждающие затраты по бальзамированию тела, стоимости гроба.

Платежные документы должны быть оформлены на имя Выгодоприобретателя.

В случае если услуги были оплачены Застрахованным при жизни, страховая выплата осуществляется лицу, имеющему на получение страховой выплаты законное право, которое должно быть подтверждено документально.

52. При эвакуации детей и (или) в случае срочного приезда сопровождающего лица Застрахованного в медицинское учреждение по месту его временного пребывания, необходимо предоставить оригиналы проездных билетов, если возмещение данных расходов предусмотрено договором страхования.

53. Страховщик вправе запросить дополнительные документы, имеющие отношение к страховому случаю, в том числе и необходимую информацию о состоянии здоровья Застрахованного до поездки (амбулаторную карту, выписки, медицинские заключения, результаты обследования и другие), если вследствие их отсутствия не представляется возможным определить причину и последствия страхового события, размер убытков.

54. Страховщик, принявший документы, оформляет справку в 2 (двух) экземплярах с указанием полного перечня предоставленных документов, даты их принятия. Один экземпляр справки выдается заявителю, второй экземпляр с отметкой заявителя в ее получении остается у Страховщика. В случае отправки Страхователем (Выгодоприобретателем) заявления о страховом случае в электронной форме Страховщик может представить ему данную справку в электронной форме.

55. В случае предоставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) не всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, Страховщик обязан письменно уведомить заявителя об этом с указанием недостающих документов в срок, установленный Договором страхования.

56. Документы, относящиеся к страховому случаю, составленные на иностранном языке должны быть предоставлены с переводом на казахский или русский язык с печатью переводческого агентства.

57. В течение 4 (четырех) рабочих дней со дня выставления требования Страховщика Застрахованный обязан пройти медицинское освидетельствование и представить его результаты, в целях подтверждения наступления страхового случая, установления диагноза.

11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

58. Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая Выгодоприобретателю в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая.

59. В соответствии с настоящими Правилами Выгодоприобретателем может являться:

1) организация, предоставляющая услуги медицинского Ассистанса;

2) Страхователь (Застрахованный), при самостоятельной оплате оказанных медицинских услуг, в случаях, установленных Договором страхования;

3) лицо, имеющее законное право на получение страховой выплаты в случае смерти Застрахованного;

4) лицо, понесшее расходы на посмертную репатриацию Застрахованного;

5) лицо, возместившее расходы.

60. Страховая выплата Страховщиком осуществляется путем:

1) возмещения затрат на оказанные Застрахованному услуги в объеме, установленном настоящими Правилами либо Договором страхования (Программой страхования), на основании медицинских документов, и счетов выставленных и предоставленных медицинским Ассистансом;

2) возмещения расходов Страхователя (Застрахованного) в случаях, предусмотренных настоящими Правилами либо Договором страхования, на основании подтверждающих такие расходы документов.

61. Размер убытков определяется на основании фактически произведенных Застрахованным медицинских расходов, подтвержденных оригиналами платежных документов в соответствии с условиями Договора страхования

62. Сумма страховой выплаты за последствия одного или нескольких страховых случаев, происшедших во время пребывания Застрахованного за границей в период действия страховой защиты по Договору страхования, не может превышать предельного объема ответственности Страховщика (страховой суммы), устанавливаемого для каждого страхового случая (риска, медицинской услуги и т.п.) Договором страхования.

63. Страховая выплата осуществляется в тенге по официальному курсу иностранной валюты Национального Банка Республики Казахстан на день наступления страхового события (случая).

64. Для получения страховой выплаты в случаях, предусмотренных пунктом 43 настоящих Правил, Страхователь (Застрахованный) обязан обратиться к Страховщику в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня возвращения на территорию Республики Казахстан (постоянного места проживания).

65. В случае запроса Страховщиком дополнительных документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, Страхователь (Застрахованный), Выгодоприобретатель обязан предоставить недостающие документы в течение 3 (трех) месяцев с момента такого запроса.

66. В случае смерти Застрахованного заявление о страховом случае с приложением подтверждающих наступление страхового случая документов должно быть предъявлено Страховщику в течение 20 (двадцати) рабочих дней со дня возвращения останков Застрахованного в Республику Казахстан.

67. В случае несоблюдения сроков, установленных пунктами 64, 65 и 66 настоящей Главы, Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты.

68. Страховщик вправе отказать в осуществлении страховой выплаты в случаях, если:

1) Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, в нарушение инструкций медицинского ассистанса, за исключением случаев, установленных пунктом 43 настоящих Правил страхования;

2) медицинские услуги получены лицом, не являющимся Застрахованным по Договору страхования;

3) по иным основаниям, предусмотренным законодательством Республики Казахстан, Договором страхования и настоящими Правилами.

69. Страховщик вправе полностью или частично отказать в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:

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

2) действий Страхователя, Застрахованного и (или) Выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами Республики Казахстан порядке умышленными уголовными или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;

3) травм или смерти Застрахованного в результате игнорирования последним запрещающих (предупреждающих) знаков безопасности или ограничений («Купание запрещено», «Проход запрещен» и т.п.);

4) несчастного случая, происшедшего вследствие управления Застрахованным транспортным средством, при отсутствии на то прав.

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

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

2) умышленное непринятие Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) мер по уменьшению убытков от страхового случая;

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

4) неуведомление Страховщика (медицинского ассистанса) о наступлении страхового случая;

5) несоблюдение Страхователем (Застрахованным) условий настоящих Правил и (или) Договора страхования;

6) другие случаи, предусмотренные законодательными актами Республики Казахстан.

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

71. Решение об осуществлении либо отказе в осуществлении страховой выплаты принимается Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, предусмотренных разделом 10 настоящих Правил, если Договором страхования не установлен иной срок.

72. В случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного, находящегося в причинно-следственной связи со страховым случаем, Страховщик вправе отсрочить принятие решения о страховой выплате до даты принятия правоохранительными органами решения о прекращении уголовного дела или до даты принятия решения судом.

73. При принятии решения об отказе в страховой выплате Страховщик сообщает заявителю в письменной форме с обоснованием причин отказа в срок, установленный Договором страхования.

74. Страховщик осуществляет страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня принятия им решения об осуществлении страховой выплаты, если Договором страхования не установлен иной срок.

75. За несвоевременное осуществление страховой выплаты Страховщик несет ответственность в соответствии с гражданским законодательством Республики Казахстан.

12. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

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

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

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

78. Договор страхования заключается:

1) на период одной поездки за рубеж;

2) на определенный период времени с учетом нескольких поездок за рубеж, но не более чем на один календарный год.

79. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (цель поездки, предполагаемый род деятельности, занятия спортом, противопоказания для поездки и другие существенные сведения).

80. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения о своем состоянии здоровья или Застрахованного, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан, а также, в случае наступлении страхового случая, отказать в страховой выплате.

81. Внесение изменений и дополнений в Договор страхования производится на основании соответствующего форме заключения Договора страхования заявления Страхователя, путем оформления Страховщиком дополнительного соглашения к Договору страхования. Если страхование оформлено путем выдачи страхового полиса, то при внесении изменений и дополнений, страховой полис подлежит досрочному прекращению и оформлению нового.

82. В случае утраты Договора страхования, оформленного в бумажной форме, Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат Договора страхования. По запросу Страхователя Договор страхования, оформленный в электронной форме, может быть повторно направлен Страхователю на адрес электронной почты Страхователя, указанный им при заключении Договора страхования.

13. МЕСТО И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

83. Территорией страхования является территория страны временного пребывания Застрахованного, указанная в Договоре страхования.

84. Договор страхования не действует на территории постоянного проживания или гражданства Застрахованного.

85. Из территории страхования исключается:

1) территория государства, выезд в которую не рекомендован Министерством иностранных дел Республики Казахстан;

2) территория государства, в пределах которой ведутся военные действия или антитеррористические операции;

3) территория, в пределах которой обнаружены и признаны очаги эпидемий;

4) территория страны, в которую Застрахованный выезжает на постоянное место жительства и для проживания на таких условиях.

86. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в Договоре страхования, при условии уплаты страховой премии, и действует до 24 (двадцати четырех) часов даты, указанной в договоре страхования как окончание срока его действия.

Фактическое количество дней, в течение которых действует Договор страхования, указывается в Договоре страхования.

87. В исключительных случаях по запросу Страхователя (Застрахованного), находящегося за границей, полученного от сервисной компании, действие Договора страхования может быть продлено (исключая страховой полис) по согласованию со Страховщиком если Страхователь письменно сообщил Страховщику о своем намерении, но не более, чем на 3 (три) календарных дня. Сообщение должно быть получено не позднее чем за 2 (два) рабочих дня до окончания срока действия Договора страхования.

88. Действие страховой защиты распространяется исключительно на период фактического пребывания Застрахованного за границей, за исключением случаев:

1) когда страховой случай произошел в период действия Договора страхования и на момент окончания срока действия Договора страхования состояние Застрахованного расценивается лечащим врачом как тяжелое или крайне тяжелое и требует продолжения неотложного медицинского вмешательства и продления пребывания застрахованного за рубежом. В таком случае, Страховщик вправе продлить действие страховой защиты до момента купирования острого состояния, но не более чем на 3 (три) календарных дня после окончания срока страхования, указанного в Договоре страхования;

2) страхования, предусматривающего многократный выезд за рубеж, страховая защита действует в пределах количества дней, определенного в Договоре страхования. При каждом выезде за границу срок страхования автоматически уменьшается на количество дней, ранее проведенных на территории страхования, При этом страховая защита прекращается по исчерпанию Застрахованным количества дней пребывания, указанных в Договоре страхования и не может быть продлена, за исключением обстоятельств указанных в пп.1) п. 88 настоящей Главы.

89. Помимо общих оснований прекращения обязательств, предусмотренных законодательством Республики Казахстан, Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

1) когда перестал существовать объект страхования;

2) смерти Застрахованного, не являющегося Страхователем, когда не произошла его замена;

3) когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

4) изменения условий и сведений, включенных в страховой полис, выданный Страховщиком в порядке, предусмотренном законодательными актами Республики Казахстан;

5) вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации Страховщика;

6) отказа в визе, подтвержденного документально;

7) в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности».

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

90. Стороны имеют право на досрочное расторжение Договора страхования.

О намерении досрочного прекращения действия Договора страхования, стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 2 (два) календарных дня до предполагаемой даты прекращения Договора страхования. Условия досрочного расторжения определяются Договором страхования.

91. При досрочном расторжении Договора страхования по основаниям, указанным в п.89 Правил, до момента начала периода действия страховой защиты оплаченная страховая премия подлежит возврату в полном объеме.

92. При досрочном расторжении Договора страхования по основаниям, указанным в п.89 Правил, в период действия страховой защиты, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

93. В любом случае Страховщик не осуществляет возврат части страховой премии, если ее размер составляет менее 1 000 (одной тысячи) тенге.

94. При расторжении Договора страхования с момента начала действия страховой защиты, если Страховщику было направлено уведомление о страховом случае, возврат страховой премии (ее части) не осуществляется.

95. При расторжении Договора страхования Страхователем по любым основаниям до начала действия Договора страхования (страховой защиты), Страховщик вправе при возврате Страхователю уплаченной суммы страховой премии удержать стоимость использованного бланка Договора страхования в размере, определенном Договором страхования.

96. При отказе Страхователя от Договора страхования, если это не связано с обстоятельствами, указанными в пункте 89 настоящей Главы, уплаченная Страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату.

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

14. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

98. Стороны освобождаются от ответственности, если докажут, что надлежащее исполнение своих обязательств оказалось невозможным вследствие обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, по причине которых стало невозможным выполнение стороной обязательств по Договору страхования.

99. При наступлении обстоятельств невозможности полного или частичного исполнения любой из сторон обязательств по Договору страхования, срок их исполнения отодвигается соразмерно времени, в течение которого действуют такие обстоятельства.

100. Если форс-мажорные обстоятельства будут продолжаться более 3 (трех) месяцев, то каждая из сторон имеет право отказаться от дальнейшего исполнения обязательств по Договору страхования. В этом случае ни одна из сторон не имеет права требовать от другой стороны возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

101. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по Договору страхования, должна в двадцатидневный срок известить другую сторону о наступлении или прекращении обстоятельств, препятствующих исполнению обязательств.

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

102. Споры, вытекающие из Договора страхования, решаются путем переговоров.

103. При недостижении сторонами соглашения спор рассматривается в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

16. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

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

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

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

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