УТВЕРЖДЕНЫ
решением Совета директоров
АО «Страховая компания «Халык»
от «23» ноября 2020 г.
протокол № 326

ПРАВИЛА
добровольного страхования на случай болезни
АО «Страховая компания «Халык»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Правила добровольного страхования на случай болезни (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 добровольного страхования на случай болезни (далее – Договор страхования).

2. На условиях настоящих Правил 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) **амбулаторно-поликлиническая помощь** – комплекс мероприятий (профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных), направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;

2) **врач** – специалист, имеющий высшее медицинское образование, осуществляющий оказание медицинских услуг населению на основании государственной лицензии или на основании трудового договора с медицинским учреждением/Медицинской сервисной компанией;

3) **врач-координатор/семейный врач** – врач общей практики (ВОП)/терапевт/педиатр, врач Медицинской сервисной компании, осуществляющий организацию предоставления и получения Застрахованным медицинских услуг, определенных Договором страхования;

4) **врачебная тайна** – информация о состоянии здоровья гражданина, его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении;

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

6) **диагностика** – комплекс мероприятий, определяемый по назначению семейного врача, необходимый для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клиническое обследование);

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

8) **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованными признаются основной Застрахованный и члены семьи основного Застрахованного;

9) **лечебные показания** – комплекс мероприятий, необходимый для лечения Застрахованного с установленным диагнозом в период обострения заболевания;

10) **медицинская услуга** – услуга по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации Застрахованного в связи с заболеванием;

11) **медикаменты –** лекарственные средства, биологически активные добавки и немедикаментозные изделия медицинского назначения, определяемые Договором страхования;

12) **медицинские показания** – комплекс мероприятий, необходимых для диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний;

13) **Медицинская сервисная компания** – юридическое лицо, которое на основании договора со Страховщиком, принимает на себя обязательство от имени Страховщика осуществлять организацию и координацию предоставления Застрахованному медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования, а также осуществляет контроль за надлежащим качеством медицинских услуг;

14) **медицинское учреждение** – юридическое лицо, являющееся согласно законодательству Республики Казахстан организацией здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи и медицинских услуг населению (поликлиники, больницы, клиники, диагностические центры, диспансеры, станции скорой медицинской помощи, республиканские специализированные центры

медицины, клиники научно-исследовательских институтов, частные медицинские организации);

15) **направление врача или врача-координатора/семейного врача** – документ установленного образца, выдаваемый врачом или врачом-координатором/семейным врачом, уполномоченным Страховщиком/Медицинской сервисной компанией, определяющий перечень, объем и порядок оказания медицинских услуг Застрахованному;

16) **покрываемые расходы** – расходы по оплате медикаментов и медицинских услуг, назначенных Застрахованному в соответствии с медицинскими показаниями в рамках Программы страхования, Договора страхования;

17) **Программа страхования** – перечень медицинских услуг, лекарственное обеспечение, предоставляемых Застрахованному медицинскими учреждениями, врачами, аптеками в пределах установленных лимитов согласно Договору страхования;

18) **профилактические показания** – комплекс мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний, в том числе вакцинация и профилактические осмотры;

19) **список Застрахованных** – перечень лиц, подлежащих медицинскому страхованию, предоставляемый Страхователем Страховщику и по необходимости обновляемый в порядке и сроки, установленные Договором страхования;

20) **стационарное лечение по медицинским показаниям** – стационарное лечение Застрахованного в медицинских учреждениях из списка Страховщика (Медицинской сервисной компании), необходимость которого была заранее очевидна и определена врачом из списка Страховщика (Медицинской сервисной компании), если иное не предусмотрено Договором страхования;

21) **стационарное лечение по экстренным показаниям** – стационарное лечение Застрахованного в медицинских учреждениях из списка Страховщика (Медицинской сервисной компании), в связи с внезапно возникшим заболеванием Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования;

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

23) **страховая документация** – документ, выдаваемый Страховщиком Застрахованному для получения медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, Договором страхования;

24) **страховой случай** – событие, с наступлением которого Договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового случая, должно обладать всеми нижеперечисленными признаками:

– вероятности и случайности наступления события;

– непредсказуемости относительно конкретного времени или места наступления события, а также размера убытков в результате наступления события;

– отсутствия опасности того, что событие неизбежно и объективно должно произойти в пределах действия Договора страхования, о чем стороны или, по крайней мере, Страхователь заведомо знали или заранее были осведомлены;

– наступление события имеет отрицательные, невыгодные экономические последствия для имущественного интереса Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);

– наступление события не связано с волеизъявлением и (или) умыслом Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) и не предусматривает цель извлечения выгоды и (или) получения выигрыша (спекулятивный риск);

25) **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;

26) **хирургическая операция по медицинским показаниям** – операция, необходимость и дата проведения которой была заранее определена врачом из списка Страховщика (Медицинской сервисной компании) и которая была проведена в медицинском учреждении из списка Страховщика (Медицинской сервисной компании), если иное не определено Договором страхования;

27) **хирургическая операция по экстренным показаниям** – внезапная и заранее непредвиденная хирургическая операция;

28) **член семьи** – лицо из списка Застрахованных, являющееся родственником основного Застрахованного. Если иное не предусмотрено Договором страхования, членами семьи являются прямые родственники основного Застрахованного (родители и (или) супруга основного Застрахованного в возрасте до 65 (шестидесяти пяти) лет и (или) дети основного Застрахованного в возрасте от 1 (одного) до 18 лет (восемнадцати));

29) **экстренная медицинская помощь** – комплекс медицинских мероприятий, направленных на устранение состояний, представляющих угрозу для жизни Застрахованного, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства;

30) **экстренные показания** – внезапное ухудшение здоровья Застрахованного, вызванное непредвиденным заболеванием Застрахованного и требующие оказания экстренной медицинской помощи.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

4. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с оплатой расходов, возникших в результате обращения Застрахованного в связи с заболеванием или иным расстройством здоровья к врачам и (или) в медицинские учреждения за медицинскими услугами в объеме и на условиях определенных Договором страхования.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5. Страховым случаем признается обращение Застрахованного в течение срока действия страховой защиты по Договору страхования к врачам или в медицинские учреждения при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и связанное с этим возникновение расходов Застрахованного по оказанным ему услугам в соответствии с Программой страхования, Договором страхования.

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

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

7. 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.

8. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, не подлежат страхованию лица, которые:

1) являются инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства;

2) состоят на учете в наркологическом, психоневрологическом, онкологическом, кожно-венерологическом диспансерах;

3) болеющих СПИД-ом или туберкулезом.

9. Если иное не предусмотрено Договором страхования, основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть следующее:

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

2) умышленное 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/несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая;

5) если Застрахованный имеет заболевания, входящие в перечень заболеваний, утвержденных уполномоченным государственным органом Республики Казахстан, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, а также социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

6) другие случаи, предусмотренные законодательными актами Республики Казахстан.

10. Если иное не предусмотрено Договоров страхования, при выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии, на момент заключения Договора страхования, у Застрахованного ранее диагностированных заболеваний, указанных в пункте 8 и подпункте 5) пункта 9 настоящих Правил, Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц, подлежит досрочному расторжению, при этом страховая премия по ним возврату не подлежит.

11. Если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае первичного диагностирования у Застрахованного заболевания, указанного в пункте 8 и подпункте 5) пункта 9 настоящих Правил, в период действия страховой защиты по Договору страхования, Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным по данному заболеванию, только до момента установления диагноза в амбулаторно-поликлинических условиях и в соответствии с требованиями Договора страхования, либо до окончания курса стационарного лечения по экстренным и (или) лечебным показаниям, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен. Договор страхования в отношении такого Застрахованного продолжает свое действие. При этом дальнейшие расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 8 и подпункте 5) пункта 9 настоящих Правил, Страховщиком не покрываются.

12. 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) судебные издержки;
4) медицинские услуги, не предусмотренные Договором страхования, Программой страхования.

13. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, Страховщик не несет обязательства по осуществлению страховой выплаты по следующим расходам Страхователя (Застрахованного):

1) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения);
2) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением следующих заболеваний:

- инфекционные заболевания, входящие в перечень заболеваний, утвержденных уполномоченным государственным органом Республики Казахстан, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, а также социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в том числе: ВИЧ-инфекция (СПИД), туберкулез, чума, холера, желтая лихорадка, геморрагические вирусные лихорадки, брюшной тиф и паратифы, ящур, бешенство, лептоспироз, листериоз, туляремия, бруцеллез, эхинококкоз, иерсиниоз, сальмонеллез, риккетсиоз, клещевой энцефалит, дизентерия, сибирская язва, дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, вирусные гепатиты;
- врожденные, наследственные заболевания и пороки развития, детский церебральный паралич;
- инфекционный менингит, другие инфекционные заболевания, в том числе заболевания, требующие санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдение за контактными лицами, кроме, острых респираторных заболеваний;
- микозы, кроме микозов слизистых оболочек полости рта, ЛОР–органов, легочного микоза, кандидоза ЖКТ, урогенитальных микозов;
- заболевания кишечника: дисбактериоз и (или) целиакия, неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, хронический энтерит;
- паразитозы и (или) гельминтозы независимо от вида и нозологии, в том числе демодекоз;
- эндокринные заболевания: заболевания щитовидной железы, за исключением тиреоидитов, синдром нарушения толерантности к глюкозе, сахарный диабет I - II типа, несахарный диабет; феохромоцитома, Аддисонова болезнь; гипофизарный нанизм, хронический гипокортицизм;
- хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии (3, 4 стадии по NYHA);
- заболевания мочеполовой системы: острый и хронический простатит, независимо от этиологии, аденома предстательной железы, эрозия шейки матки (в том числе псевдоэррозия, лейкоплакия), поликистоз почек; поликистоз яичников; хронический гломерулонефрит, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения, хроническая болезнь почек III – V стадии;
- заболевания печени: цирроз печени, хронические гепатиты, стеатогепатоз;
- хронические заболевания дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких, диффузные пневмофиброзы (фиброзируюшие альвеолиты) и гранулематозы, саркоидоз легких, пневмокониозы; другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;

- заболевания центральной и периферической нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствия; гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), демиелинизирующие заболевания нервной системы;
- заболевания сосудов: варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, варикозное расширение вен прямой кишки (геморрой) и их осложнения (тромбоз); аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующий эндоартериит. облитерирующий атеросклероз, синдром Вегенера;
- хронические кожные заболевания: псориаз, нейродермит, атопический дерматит, аллопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая болезнь, а также любые виды/формы лишая, независимо от нозологии;
- ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); дерматомиозит, синдром Шегрена, системная склеродермия, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм; ревматоидный артрит; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит; болезнь Бехтерева, СКВ (системная красная волчанка);
- заболевания двигательного аппарата: остеопорозы, хронические остеомиелиты, хронические артриты и артрозы любой этиологии, пяточная шпора и другие остеофиты, плоскостопие, остеохондроз, за исключением случаев, сопровождающихся выраженным мышечно-тоническим синдромом, хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний (грыжи, протрузии);
- хроническая недостаточность мозгового кровообращения: энцефалопатии (дисциркуляторная, перинатальная и т.д.), внутричерепная гипертензия, любого вида дистонии (вегетососудистая, нейроциркуляторная) и их осложнения, за исключением следующих услуг, независимо от количества страховых случаев:
  - выезд бригады скорой медицинской помощи при наличии экстренных показаний,
  - консультации невропатолога,
  - консультации физиотерапевта,
  - медикаментозную терапию в пределах лимита,
  - услуги процедурного кабинета,
  - стационарное лечение при наличии экстренных показаний;
- глазные болезни: астигматизм, миопия и гиперметропия, катаракта, глаукома, хирургическое (в т.ч. лазерное) лечение заболеваний глаз, кроме острых состояний (травмы, ожоги, инородные тела, отслойка сетчатки), биостимуляция глазного яблока, лечение аппаратными методами, подбор очков;
- хирургическое лечение гиперпластических процессов;
- хирургическое лечение грыжи (неущемленной паховой, пупочной, вентральной, послеоперационной) по лечебным показаниям.

3) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением новообразований;

4) медицинским расходам, связанным с пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией, за исключением проведения пластики при хирургическом лечении ущемленной грыжи;

5) медицинским расходам, связанным 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;

6) медицинским расходам, связанным с любыми видами косметологического лечения и другими видами лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных

аномалий, включая ринопластику с косметической и лечебной целями, за исключением необходимости ее проведения при острых травмах;

7) медицинским расходам, связанным с проведением стерилизации или прерыванием беременности за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери;

8) медицинским расходам, связанным с любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни Застрахованного;

9) медицинским расходам, связанным с экстракорпоральными методами лечения (гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, УФО крови, лазерное облучение крови и т.д.), включая аутогемотерапию, кишечное орошение и жемчужные ванны; а также медицинским расходам, связанным с гипербарической оксигенацией (ГБО), за исключением случаев, когда данный метод является необходимым для спасения жизни Застрахованного;

10) медицинским расходам, связанным с нетрадиционными методами диагностики и лечения, а также некоторыми традиционными методами лечения, а именно: гомеопатия, гирудотерапия, иглотерапия, рефлексотерапия, нетрадиционная диагностика, нетрадиционные системы оздоровления, энергоинформационная система оздоровления, мануальная терапия, бальнеотерапия, водолечение, грязелечение, озонотерапия, механотерапия, тракционное лечение, общий массаж, методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны;

11) медицинским расходам, связанным с проведением ангиографии; а также хирургическими вмешательствами: (все виды шунтирования, стентирования, любые хирургические вмешательства на сердце: установка ИВР, радиочастотная обляция и т.д.);

12) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением бесплодия и нарушением потенции, климактерическим синдромом, предменструальным синдромом, нарушением менструального цикла;

13) медицинским расходам по проведению урологического массажа;

14) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением заболеваний, передающиеся половым путем (ЗППП): гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, гарднереллез;

15) медицинским расходам, связанным с диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ;

16) медицинским расходам, связанным с диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ);

17) медицинским расходам, связанным со снятием зубных отложений и зубного камня с профилактической целью, протезированием зубов (включая подготовку к нему), изготовлением и фиксацией вкладок, виниров и т.д., косметологическими услугами, любыми профилактическими процедурами, лечением зубов под общим наркозом, лечением десен системой «Вектор», ортодонтией, шинированием, стоматологической пластикой, имплантологией; лечением гингивита, пародонтоза, пародонтита;

18) медицинским расходам, связанным с услугами психолога и психотерапевта;

19) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением психических заболеваний;

20) медицинским расходам, связанным с генетическими исследованиями и(или) услугами по планированию семьи;

21) медицинским расходам, связанным с приобретением косметических и гигиенических средств, средств ухода за больными, биологически активных добавок (БАДов), поливитаминов, гомеопатических препаратов, хондропротекторов, лекарственных средств, не разрешенных к применению в Республике Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством Республики Казахстан, а также медицинских расходов, связанных с лечением осложнений, вызванных применением таких лекарственных средств;

22) расходам, связанным с приобретением не медикаментозных средств медицинского назначения (кроме шприцев, систем, венозных катетеров по любым показаниям; гипсы, необходимые по экстренным показаниям);

23) медицинским расходам, связанным с покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и линз очков или контактных линз, приобретением протезно-ортопедических изделий;

24) медицинским расходам, связанным с коррекцией веса и фигуры, лечением метаболического синдрома, ожирения и дистрофии, лечением нарушений осанки (сколиозы, кифозы); с хирургическим изменением пола;

25) медицинским расходам, связанным с диагностикой, наблюдением, лечением осложнений беременности и родов;

26) медицинским расходам, связанным с аллергодиагностикой и лечением аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;

27) медицинским расходам, связанным с санаторно-курортным лечением (в том числе с проездом, проживанием и питанием, а также расходам, связанным с улучшением условий проживания);

28) патронажем ребенка до 1 (одного) года жизни;

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

14. Договором страхования и (или) Программой страхования могут быть установлены иные исключения из страховых случаев и (или) ограничения страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

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

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

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

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

19. Размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, рассчитывается согласно страховым тарифам, действующим на момент заключения Договора страхования, определяющим размер страховой премии, взимаемой с единицы страховой суммы с учетом Программы страхования и срока страхования.

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

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

21. **Страховщик обязан**:

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

2) зарегистрировать сообщение о страховом случае в течение 1 (одного) рабочего дня с даты получения такого сообщения;

3) обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;

4) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные настоящими Правилами (Договором страхования);

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

6) обеспечить тайну страхования;

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

8) выполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

22. **Страховщик имеет право:**

1) в течение срока действия Договора страхования проверять состояние страхового риска, его соответствия сведениям, предоставленным Страхователем при заключении Договора страхования;

2) участвовать в мероприятиях по уменьшению размера убытков. При этом участие Страховщика в данных мероприятиях не является подтверждением признания события страховым случаем;

3) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;

4) запрашивать у соответствующих уполномоченных органов и организаций, независимо от их формы собственности, исходя из их компетенции, документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и размер причиненного ущерба;

5) требовать от Страхователя (Застрахованного) документы, необходимые для установления факта страхового случая, причин и обстоятельств его наступления, размера причиненного ущерба, указанные в главе 10 настоящих Правил;

6) отсрочить решение об осуществлении страховой выплаты до выяснения всех обстоятельств на основании данных и документов компетентных органов с направлением письменного уведомления Страхователя в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования;

7) отказать в осуществлении страховой выплаты или уменьшить ее размер по основаниям, предусмотренным настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством Республики Казахстан, либо не признать событие страховым случаем, письменно уведомив об этом Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);

8) на досрочное прекращение Договора страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным) условий Договора страхования;

9) в случае увеличения степени страхового риска пересмотреть условия Договора страхования, в том числе потребовать уплаты дополнительной страховой премии;

10) при неисполнении Страхователем (Застрахованным) своих обязательств потребовать досрочного расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных таким расторжением;

11) запрашивать у соответствующих уполномоченных органов, организаций и медицинских учреждений, независимо от их формы собственности, исходя из их компетенции, информацию о состоянии здоровья Застрахованного;

12) изменять список врачей и медицинских учреждений с уведомлением Страхователя и (или) Застрахованного;

13) отказать в осуществлении страховой выплаты и (или) расторгнуть Договор страхования в отношении определенного Застрахованного в случае, если обнаружится, что Страхователь при заключении Договора страхования сообщил заведомо недостоверные сведения о данном Застрахованном и состоянии его здоровья, а также в случае если

Страхователь (Застрахованный) передал Договор страхования (страховую документацию) другому лицу с целью получения последним медицинских услуг;

14) при заключении Договора страхования направить Застрахованного на медицинский осмотр;

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

16) досрочно расторгнуть Договор страхования в установленном Правилами страхования (Договором страхования) порядке;

17) запрашивать дополнительные сведения, касающиеся исполнения Договора страхования, в порядке, предусмотренном Правилами страхования и (или) Договором страхования.

23. **Страхователь обязан:**

1) при заключении Договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков в случае его наступления;

2) уплачивать страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;

3) информировать Страховщика о состоянии страхового риска;

4) выполнять условия настоящих Правил и Договора страхования;

5) ознакомить Застрахованного с условиями Договора страхования. Нарушение условий Договора страхования Застрахованным расценивается как их нарушение самим Страхователем;

6) при наступлении события, имеющего признаки страхового случая и (или) последствием которого может стать наступление страхового случая, уведомить об этом Страховщика и предпринять необходимые действия в порядке и сроки, установленные настоящими Правилами и Договором страхования;

7) для принятия решения о страховой выплате предоставить все необходимые и требуемые Страховщиком документы согласно главе 10 настоящих Правил (условий Договора страхования);

8) соблюдать конфиденциальность об условиях Договора страхования и размерах страховых премий и выплат;

9) принять меры к уменьшению убытков от страхового случая;

10) незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска в период действия Договора страхования;

11) при заключении Договора страхования дать согласие, а также получить от Застрахованных согласие на освобождение врачей и иных работников медицинских учреждений от обязательства конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

24. **Страхователь имеет право:**

1) при заключении Договора страхования ознакомиться с годовой финансовой отчетностью Страховщика, если она не является конфиденциальной информацией;

2) ознакомиться с настоящими Правилами, требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору страхования, получить копию настоящих Правил;

3) получить дубликат Договора страхования, оформленного в бумажной форме, либо страховую документацию (в случае утери) или повторно получить электронный Договор страхования на адрес электронной почты Страхователя, указанный им при заключении Договора страхования;

4) ознакомиться с ходом расследования Страховщиком страхового случая;

5) досрочно прекратить Договор страхования в порядке, установленном настоящими Правилами (Договором страхования);

6) изменять список Застрахованных в порядке, предусмотренном Договором страхования;

7) иметь иные права, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

25. **Застрахованный обязан:**

1) уполномочить врачей, медицинские учреждения и иных уполномоченных лиц выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы (справки, заключения и т.д.);

2) при получении медицинских услуг, следовать указаниям Страховщика (Медицинской сервисной компании), обследующих и лечащих врачей, соблюдать распорядок медицинского учреждения;

3) незамедлительно сообщить Страховщику (Страхователю) о ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

4) уведомить Страховщика (Медицинскую сервисную компанию) о наступлении страхового случая любым доступным способом в случае, если возникла необходимость обращения к врачам или в медицинские учреждения не из списка Страховщика (Медицинской сервисной компании) либо по экстренным показаниям, в сроки, предусмотренные Договором страхования;

5) заботиться о сохранности страховой документации и не передавать ее другим лицам с целью получения ими услуг, предусмотренных Договором страхования;

6) предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию, включая медицинские документы, позволяющую судить о причинах и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;

7) выполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

26. **Застрахованный имеет право:**

1) требовать предоставление медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, предусмотренной Договором страхования;

2) обратиться к Страховщику за предоставлением страховой документации (в случае утери).

27. Перечень прав и обязанностей сторон, изложенные в настоящей Главе, не является исчерпывающим, отдельные обязанности сторон предусмотрены другими разделами настоящих Правил, и могут быть изменены и (или) дополнены в Договоре страхования. Страхователь, Застрахованный и Страховщик имеют иные права и обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

28. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, но не позднее чем в течение 3 (трех) рабочих дней со дня, когда ему стало известно, письменно сообщать Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования. Договором страхования может быть предусмотрен иной срок.

29. Значительными, во всяком случае, признаются следующие изменения:

1) изменение территории страхования;

2) изменение местонахождения или местожительства Страхователя (Застрахованного);

3) изменение списка Застрахованных;

4) изменение хозяйственной деятельности, реорганизация или ликвидация Страхователя – юридического лица и т.п.);

5) изменение сведений и реквизитов, указанных в заявлении на страхование и в Договоре страхования.

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

31. Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с нормами, предусмотренными гражданским законодательством Республики Казахстан.

32. При невыполнении Страхователем (Застрахованным) предусмотренной в пункте 28 настоящих Правил обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением.

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

9. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

34. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая и (или) последствием которого может стать наступление страхового случая Страхователь (Застрахованный, представитель Застрахованного), обязан незамедлительно либо в срок, указанный в Договоре страхования, сообщить об этом Страховщику (в Медицинскую сервисную компанию) любым доступным способом, позволяющим установить дату отправления сообщения, с указанием места, времени и обстоятельств произошедшего.

35. Для получения медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования и (или) Договором страхования, Застрахованный обязан обратиться в Медицинскую сервисную компанию и следовать полученным указаниям.

36. При обращении в Медицинскую сервисную компанию Застрахованный обязан иметь при себе документ, удостоверяющий личность, а также документы, предусмотренные Договором страхования.

37. Медицинские услуги Застрахованным оказываются в медицинских учреждениях на условиях определенных Договором страхования и (или) Программой страхования.

38. Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить Страховщику (Медицинской сервисной компании) в сроки, указанные в Договоре страхования, все необходимые документы, указанные в главе 10 настоящих Правил и (или) предусмотренные Договором страхования, подтверждающие наступление страхового случая и размер убытков.

39. Страхователь (Застрахованный) обязан сообщать всю дальнейшую информацию по страховому случаю и оказывать необходимую помощь Страховщику, а также предоставлять Страховщику по его запросу сведения, связанные со страховым случаем, содержащие коммерческую и (или) врачебную тайну.

40. Выгодоприобретатель имеет право уведомить Страховщика о наступлении страхового случая при всех обстоятельствах, независимо от того, сделал ли это Страхователь (Застрахованный) или нет.

41. Неуведомление Страховщика о наступлении страхового случая дает ему право отказать в страховой выплате, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату.

10. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

42. Требование о страховой выплате к Страховщику предоставляется Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) в письменной форме с приложением документов, обосновывающих соответствующее требование.

43. Если иное не предусмотрено Договором страхования, к заявлению о страховой выплате прилагаются:

1) копия Договора страхования (страховой документации) (его дубликата);

2) оригиналы счетов Медицинской сервисной компании/медицинского учреждения или врача из списка Страховщика (Медицинской сервисной компании) с указанием фамилии Застрахованного и даты обращения за медицинскими услугами;

3) медицинские документы, с указанием диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, списка медикаментов, назначенных и (или) выданных Застрахованному в процессе лечения, рецепты/направления врача из списка Страховщика (Медицинской сервисной компании) на прохождение лабораторных исследований и др. оригиналы медицинских документов (медицинский рапорт/заключение), содержащих сведения о состоянии здоровья Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью, установленном диагнозе, проведенных манипуляциях и лечении (калькуляция медицинских расходов);

4) оригиналы счетов, фискальных чеков, квитанций на оплату медицинских и других услуг, покрываемых в соответствии с условиями Договора страхования – при возмещении стоимости медицинских услуг Застрахованному;

5) выписка из истории болезни, медицинское заключение лечащего врача из списка Страховщика (Медицинской сервисной компании) и другие документы, подтверждающие получение медицинских услуг и понесенных расходов по предоставленным услугам.

44. В целях расследования страхового случая Страховщик (Медицинская сервисная компания) вправе запросить у Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) и компетентных органов дополнительные документы, имеющие отношение к страховому случаю, если вследствие их отсутствия не представляется возможным, принять решение о статусе страхового события, определить причину и (или) последствия страхового события, размер убытков.

45. Страховщик вправе самостоятельно сократить перечень документов, необходимых для принятия решения о статусе страхового события, и ограничиться документами, достаточными, по мнению Страховщика, для принятия данного решения.

46. В отдельных случаях Страховщик вправе потребовать представления иных, не указанных в настоящей главе, документов, необходимых для установления факта наступления страхового случая и определения размера ущерба, в том числе если требуется получение дополнительных сведений о страховом случае.

47. Документы, предоставляемые Страховщику на иностранном языке, должны быть переведены на казахский или русский язык с нотариальным заверением верности перевода.

48. По требованию Страховщика (Медицинской сервисной компании) Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить согласие Страхователя (Застрахованного) на получение Страховщиком (Медицинской сервисной компанией) сведений, являющихся врачебной тайной (включая факты обращения Страхователя (Застрахованных) за медицинской помощью, о состоянии здоровья Страхователя (Застрахованного), диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и (или) лечении, составляющие врачебную тайну).

49. Страховщик, принявший документы, обязан выдать заявителю справку с указанием полного перечня предоставленных документов и даты их принятия. В случае отправки Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) заявления о страховом случае в

электронной форме Страховщик может предоставить ему данную справку в электронной форме.

50. В случае непредоставления Страхователем, Застрахованным или иным лицом, являющимся Выгодоприобретателем, всех документов, необходимых для рассмотрения вопроса об осуществлении страховой выплаты, Страховщик обязан уведомить заявителя о недостающих документах в сроки, установленные Договором страхования.

51. Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на Выгодоприобретателя (Застрахованного, Страхователя).

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

52. Страховая выплата – сумма денег, выплачиваемая Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая и в пределах страховой суммы (лимитов ответственности).

53. Страховая выплата Страховщиком осуществляется путем:

1) возмещения расходов, за оказанные Застрахованному медицинские услуги в объеме, установленном Договором страхования (Программой страхования), на основании медицинских документов, и счетов, выставленных и предоставленных Медицинской сервисной компанией либо медицинским учреждением;

2) возмещения расходов Выгодоприобретателя за оказанные Застрахованному медицинские услуги в случаях, предусмотренных Договором страхования (Программой страхования), на основании подтверждающих такие расходы документов.

54. Страховщик вправе отказать в осуществлении страховой выплаты в случае:

1) сообщения Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений о Застрахованном, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

2) воспрепятствования Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера затрат по медицинским услугам, полученным Застрахованным;

3) не уведомления Страховщика Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) о наступлении страхового случая, в сроки установленные в Договоре страхования;

4) если Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) не предоставил по требованию Страховщика все необходимые документы, связанные со страховым случаем;

5) получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не предусмотренных Программой страхования и (или) Договором страхования;

6) получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинском учреждении не из списка Страховщика (Медицинской сервисной компании);

7) получения медицинских услуг, не имея медицинских показаний;

8) получения медицинских и иных услуг лицом, не являющимся Застрахованным по Договору страхования;

9) в иных случаях, определенных соглашением сторон и предусмотренных Договором страхования (Программой страхования).

55. Решение об осуществлении либо отказе в осуществлении страховой выплаты принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, предусмотренных Главой 10 настоящих Правил, если иной срок не предусмотрен Договором страхования.

56. При принятии решения об отказе в страховой выплате Страховщик сообщает заявителю в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия решения, если Договором страхования не установлен иной срок.

57. Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному Медицинской сервисной компанией/медицинским учреждением, производится путем перечисления Страховщиком сумм страховых выплат на банковский счет Медицинской сервисной

компании/медицинского учреждения, оказавшей услуги. Сроки и порядок взаиморасчетов устанавливаются соответствующим договором о сотрудничестве между Страховщиком и Медицинской сервисной компанией/медицинским учреждением.

58. В случае возмещения расходов по заявлению Застрахованного, Страховщик осуществляет страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня принятия им решения об осуществлении страховой выплаты, если иной срок не предусмотрен Договором страхования.

12. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

59. Договор страхования заключается на основании заявления Страхователя.

60. Форма заявления на заключение Договора страхования (далее – Заявление) устанавливается Страховщиком.

61. 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.

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

Заключение Договора страхования в электронной форме осуществляется путем обмена электронными информационными ресурсами между Страхователем и Страховщиком.

После заключения Договора страхования в электронной форме Страховщик направляет на электронный почтовый адрес Страхователя электронный Договор страхования.

63. Страховщик вправе до заключения Договора страхования направить лиц, принимаемых на страхование (Застрахованных), на предварительный медицинский осмотр. Страховщик вправе использовать результаты предварительного медицинского осмотра для определения условий страхования и размеров страховых премий.

64. 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.

65. Для заключения Договора страхования и (или) оценки страхового риска Страховщиком могут быть затребованы у Страхователя дополнительные документы (сведения), характеризующие страховой риск.

66. Внесение изменений и дополнений в Договор страхования производится путем оформления Страховщиком дополнительного соглашения к Договору страхования, соответствующего форме его заключения. Если страхование осуществлено путем выдачи страхового полиса, то при внесении изменений и дополнений страховой полис подлежит досрочному прекращению и оформлению нового.

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

68. Если Договор страхования содержит условия, ухудшающие положение Страхователя по сравнению с теми, которые предусмотрены законодательством Республики Казахстан, действуют правила, установленные этими законодательством Республики Казахстан.

69. В случае утраты Договора страхования, оформленного в бумажной форме, либо иной страховой документации, Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает ему дубликат Договора страхования/страховую документацию. 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.

Страховщик вправе взыскать со Страхователя расходы на изготовление дубликата Договора страхования/страховой документации, при этом общая сумма возмещаемых расходов устанавливается Договором страхования.

13. ТЕРРИТОРИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

70. Территорией страхования является территория, указанная в Договоре страхования.

71. Договор страхования может быть заключен как на 1 (один) год, так и по соглашению сторон на иной срок, заявленный Страхователем.

72. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для сторон с даты, указанной в Договоре страхования. Период страховой защиты совпадает со сроком действия Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

73. Договор страхования прекращает свое действие в следующих случаях:

1) истечения срока действия Договора страхования;

2) осуществления Страховщиком страховой выплаты в размере страховой суммы (лимита ответственности Страховщика);

3) исполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования;

4) досрочного прекращения Договора страхования.

74. 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, если не произошла его замена;

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

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

5) изменения условий и сведений, включенных в страховой полис, если Договор страхования был заключен путем выдачи Страхователю страхового полиса;

6) 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.

75. Договор страхования может быть прекращен досрочно по инициативе или соглашению сторон. Сторона, инициирующая досрочное прекращение Договора страхования уведомляет другую сторону не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения, если Договором страхования или соглашением Сторон не предусмотрено иное.

76. Если Договором страхования не установлено иное, при досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, предусмотренным пунктом 74 настоящих

Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Порядок и условия досрочного прекращения Договора страхования по обстоятельствам, не предусмотренным в пункте 74 настоящих Правил, устанавливается Договором страхования.

77. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время.

При досрочном расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя (отказе Страхователя от Договора страхования) Страховщик вправе не производить возврат уплаченной страховой премии либо страховых взносов.

Условия досрочного расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя определяются Договором страхования.

78. В случаях, когда досрочное прекращение Договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страхователя, страховая премия (ее часть) возврату не подлежит.

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

80. Договор страхования помимо общих оснований, предусмотренных законодательством Республики Казахстан, признается недействительным в случае, когда Страхователь при заключении Договора страхования заведомо преследовал цель извлечения неправомерной выгоды, в том числе его заключение после наступления страхового случая.

14. ДВОЙНОЕ СТРАХОВАНИЕ

81. Двойное страхование – страхование одного и того же объекта у нескольких страховщиков по самостоятельным договорам страхования с каждым.

82. При двойном личном страховании каждый Страховщик выполняет свои обязательства перед Страхователем самостоятельно, независимо от выполнения их другими страховщиками.

15. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

83. 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.

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

85. 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.

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

16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

87. Все споры, возникающие между субъектами страхования по исполнению Договора страхования, разрешаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

17. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

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

89. На основании настоящих Правил Страховщик вправе разрабатывать программы страхования, включающие дополнительные условия, не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан.

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

91. В части, неурегулированной настоящими Правилами применяется действующее законодательство Республики Казахстан.