

**«УТВЕРЖДЕНО»
Советом Директоров
АО «МСК «Архимедес Казахстан»**

Протокол №06-2016 от 29.08.2016г.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
АО «МСК «АРХИМЕДЕС КАЗАХСТАН»**

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- I. Настоящие Правила страхования разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан и Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности». Вид страхования, описываемый настоящими Правилами страхования - Добровольное медицинское страхование - сочетает следующие классы страхования:
 - Страхование на случай болезни
 - Страхование от несчастных случаев
 - Страхование от прочих финансовых убытков
 - Страхование судебных расходов
- II. Правила страхования содержат разделы, относящиеся к различным классам страхования (сочетанию различных классов страхования), указанных в п. I Общих положений. Страховое покрытие, предоставляемое АО МСК «Архимедес Казахстан» (здесь и далее «Страховщик») в рамках добровольного медицинского страхования, может содержать один, несколько или все разделы страхового покрытия, предусмотренного Правилами. Страховое покрытие определяется Договором добровольного медицинского страхования, заключаемого Страховщиком.
- III. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором либо приложены к нему.
- IV. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.
- V. Положения, содержащиеся в Договоре страхования, являются приоритетными по отношению к соответствующим положениям Правил страхования.

РАЗДЕЛ 1. СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Страховщик** – АО «Медицинская страховая компания «Архимедес Казахстан»
- 1.2. **Страхователь** – компания или физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования или добровольного страхования на случай болезни
- 1.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный, Выгодоприобретатель)** - физическое лицо, в чью пользу заключен Договор и кому непосредственно предоставляется Медицинское обслуживание.
- 1.4. **Медицинское обслуживание** - услуги по организации предоставления медицинских услуг, предоставлению медицинских услуг или продаже фармацевтических препаратов Застрахованному лицу Поставщиками медицинских услуг в связи с Заболеванием;
- 1.5. **Врач** – означает специалиста с высшим медицинским образованием, имеющего лицензию на занятие медицинской практикой, либо работающего у Поставщика медицинских услуг;
- 1.6. **Договор** – означает Договор страхования на случай болезни и/или добровольного медицинского страхования, заключенный между Страховщиком и Страхователем в отношении медицинского страхования Застрахованных(ого) лиц(а);
- 1.7. **Программа страхования** – означает описание выбранного страхового покрытия, определяющего основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг или Заболеваний. Программа страхования может включать все или отдельные разделы медицинского страхования.
- 1.8. **Страховая премия** - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем, за услуги по страхованию Застрахованных лиц в соответствии с выбранной Программой страхования;
- 1.9. **Поставщики медицинских услуг** – физические и юридические лица, имеющие соответствующие лицензии на оказание медицинских услуг или продажу фармацевтических препаратов в Республике Казахстан.
- 1.10. **Уполномоченные поставщики медицинских услуг** – поставщики медицинских услуг, заключившие договор со Страховщиком на Медицинское обслуживание Застрахованных лиц. Уполномоченные поставщики медицинских услуг также являются Выгодоприобретателями по договору страхования.
- 1.11. **Медицинская пластиковая карточка** – информационная карточка, выдаваемая Страховщиком Застрахованному лицу в соответствии с Договором страхования, на котором указан идентификационный номер, фамилия, имя и отчество Застрахованного, даты начала и окончания страховой защиты, а также телефоны колл-центра Страховщика. Медицинская пластиковая карточка подтверждает право Застрахованного лица на получение Медицинского обслуживания со стороны Уполномоченных поставщиков медицинских услуг и/или возмещение медицинских расходов в соответствии с Программой страхования Застрахованного лица. Медицинская пластиковая карточка действительна только при предъявлении удостоверения личности Застрахованного лица;
- 1.12. **Заболевание** - любое поддающееся обнаружению негативное изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица в течение действия Договора страхования с учетом определений и исключений, предусмотренных настоящими Правилами добровольного медицинского страхования (далее «Правила»), Договором страхования и соответствующей Программой страхования Застрахованного лица.
- 1.13. **Хроническое заболевание** - негативное изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица, имеющее хотя бы один из следующих признаков:
 - 1.13.1. является постоянным и/или ставится постоянный диагноз;
 - 1.13.2. ведет к частичной нетрудоспособности;
 - 1.13.3. причиной являются необратимые патологические изменения;
 - 1.13.4. требует специального режима пациента для реабилитации;
 - 1.13.5. ожидается, что потребует длительного периода надзора, наблюдения или ухода
- 1.14. **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы, определенной соответствующей Программой страхования Застрахованного лица при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора страхования;
- 1.15. **Страховой случай** - обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением услуг, предусмотренных Программой страхования в связи с Заболеванием, а также в связи с предупреждением Заболевания, и возникновение подлежащих

финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание или расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию;

- 1.16. **Страховое покрытие** – условия осуществления страховой выплаты, предусмотренные Договором и соответствующей Программой страхования (в том числе страховая сумма – всего и по отдельным видам Медицинского обслуживания, франшизы - если применимо, и т.д.) и определяющие основные признаки Страхового случая;
- 1.17. **Страховая сумма (страховой лимит)** - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора.
- 1.18. **Члены семьи** – прямые родственники Застрахованного: супруг (супруга) в возрасте до 65 лет и дети в возрасте до 18 лет.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3. ЗАСТРАХОВАННЫЕ

- 3.1. Застрахованными могут быть лица в возрасте от 1 года до 65 лет, если иное не оговорено Договором страхования.
- 3.2. Не подлежат страхованию лица, которые:
 - 3.2.1. являются инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства;
 - 3.2.2. состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных и кожно-венерологических диспансерах;
 - 3.2.3. госпитализированы на момент заключения договора страхования по любому заболеванию;
 - 3.2.4. имеют на дату заключения договора страхования, следующие заболевания:
 - 3.2.5. профессиональные заболевания;
 - 3.2.6. радиационные, УВЧ и СВЧ поражения;
 - 3.2.7. заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардит Абрамова-Фидлера, кардиомиопатии, сердечно-сосудистые заболевания с НК IIБ-III;
 - 3.2.8. заболевания крови: гемобластозы, апластические и гипопластические анемии;
 - 3.2.9. заболевания эндокринной системы: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, врожденный гипотиреоз, гипопитарный нанизм;
 - 3.2.10. ревматические болезни: ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); синдром Шегрена, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца (пороки, которые приводят к недостаточности кровообращения НК IIБ-III); ревматоидный артрит с нарушением функции суставов II, III степени; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит;
 - 3.2.11. заболевания почек: амилоидоз, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II – III степени;
 - 3.2.12. заболевания дыхательной системы: синдром Гудпасчера;
 - 3.2.13. наследственные заболевания, врожденные пороки развития;
 - 3.2.14. заболевания Центральной Нервной Системы: последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия;
 - 3.2.15. ВИЧ-инфицированные (СПИД);
 - 3.2.16. злокачественные, в том числе онкогематологические новообразования;
- 3.3. Расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 3.2 раздела I не покрываются Страховщиком.
- 3.4. При выявлении факта сокрытия страхователем (застрахованным) информации о наличии у застрахованного ранее диагностированных заболеваний, указанных в пункте 3.2. настоящей статьи на момент заключения договора страхования, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц.
- 3.5. Если заболевания, указанные в пункте 3.2. настоящей статьи, у Застрахованного впервые диагностируются в период действия Договора страхования, Страховщик возмещает расходы,

понесенные застрахованным по данному заболеванию, только до момента постановки диагноза при амбулаторно-поликлиническом обследовании, либо до окончания курса стационарного лечения по экстренным и (или) лечебным показаниям, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен. Договор страхования в отношении таких Застрахованных продолжает свое действие. При этом дальнейшие расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 3.3. настоящей статьи, Страховщиком не покрываются.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

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

5. МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ

- 5.1. Медицинские показания - объективные причины и условия для получения тех или иных медицинских услуг по диагностике и лечению Заболевания.
- 5.2. Медицинские услуги и медикаменты считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и/или лечения Заболевания у застрахованного.
- 5.3. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты:
 - 5.3.1. не являются необходимыми для диагностики и/или лечения Заболевания в соответствии с действующими стандартами и протоколами диагностики и/или лечения такого Заболевания;
 - 5.3.2. назначены в объеме (по интенсивности, количеству или длительности) большем, чем это требуется для проведения диагностики и/или лечения Заболевания в соответствии с действующими стандартами и протоколами;
 - 5.3.3. назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ
- 5.4. Экстренные медицинские показания – состояния, при которых медицинская помощь должна быть оказана немедленно и отказ или промедление в оказании медицинской помощи может привести к развитию тяжелых и/или необратимых негативных изменений в состоянии здоровья Застрахованного вплоть до летального исхода. Экстренными медицинскими показаниями (состояниями) являются:
 - 5.4.1. острая боль (боли в животе, боли в области сердца);
 - 5.4.2. гипертермия выше 38С;
 - 5.4.3. абсцессы, панариции, др. гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;
 - 5.4.4. бессознательное состояние;
 - 5.4.5. наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;
 - 5.4.6. ожоги и обморожения;
 - 5.4.7. травмы;
 - 5.4.8. отравления;
 - 5.4.9. острые аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса, крапивница);
 - 5.4.10. судороги;

- 5.4.11. острые хирургические состояния;
 - 5.4.12. острая почечная недостаточность;
 - 5.4.13. острая печеночная недостаточность;
 - 5.4.14. острая церебральная недостаточность;
 - 5.4.15. острая дыхательная недостаточность;
 - 5.4.16. острая сердечно-сосудистая недостаточность;
 - 5.4.17. острый инфаркт миокарда;
 - 5.4.18. гипертонический криз; осложненный гипертонический криз, при котором диагностируются следующие состояния при повышенном артериальном давлении:
 - острая гипертоническая энцефалопатия;
 - острое нарушение мозгового кровообращения;
 - острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких);
 - острый коронарный синдром (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия);
 - расслаивающая аневризма аорты;
 - тяжелое артериальное кровотечение;
 - эклампсия.
 - 5.4.19. нестабильная стенокардия;
 - 5.4.20. шок любой этиологии.
- 5.5. **Лечебные показания** - медицинские показания, при которых необходимы диагностика и/или лечение Заболеваний, не требующих экстренной медицинской помощи (состояния, не перечисленные, как экстренные показания в п.5.4 раздела I).
- 5.6. При стационарном лечении Заболевания Страховщик покрывает расходы на диагностику и/или лечение, связанные только с таким Заболеванием или его последствиями. Страховщик не покрывает расходы, связанные с дополнительной диагностикой других заболеваний и лечением сопутствующих или дополнительно выявленных заболеваний, а также дополнительные расходы за размещение в палатах повышенной комфортности.

6. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 6.1. Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. В соответствии с настоящими Правилами, Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением медицинской помощи или услуг, предусмотренных Программой страхования в связи с Заболеванием и/или в связи с предупреждением Заболевания, и возникновение подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание и/или подлежащих возмещению расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию.
- 6.2. Не является Страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг:
- не предусмотренных договором страхования;
 - в медицинские учреждения, не предусмотренные Программой страхования, без предварительного согласования со Страховщиком;
 - в связи с получением травмы Застрахованным лицом при управлении им любым транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также при передаче им управления лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.
- 6.3. Не признается Страховым случаем обращение Застрахованного лица за медицинскими услугами, необходимость в получении которых возникла в результате:
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - аварии на производственных и иных объектах, повлекших массовые поражения;
 - военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

- гражданской войны, народных волнений всякого рода и забастовок, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных и гражданских властей;
- природных катастроф (наводнения, пожара, землетрясения и иных стихийных бедствий).

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

- a) Амбулаторно-поликлиническая помощь, помощь на дому;
- b) Стационарная медицинская помощь;
- c) Скорая медицинская помощь;
- d) Реабилитационно-восстановительное лечение;
- e) а также покрытие расходов или предоставление услуг в соответствии с разделами 2-4 настоящих Правил.

7. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

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

7.1.1. Заболевания, указанные в приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526 «Об утверждении Перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения», а также заболевания, указанные в Постановлении Правительства Республики Казахстан № 2018 от 4 декабря 2009 года «Об утверждении перечня социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих»:

- 1) карантинные инфекции: оспа, полиомиелит (вызванный диким полиовирусом), человеческий грипп (вызванный новым подтипом), тяжелый острый респираторный синдром (торс), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса, болезнь, вызванная вирусом Марбург, болезнь, вызванная вирусом Эбола, лихорадка Западного нила, лихорадка денге, лихорадка рифт-вали (долины рифт), менингококковая инфекция;
- 2) особо опасные инфекции: ВИЧ-инфекция (СПИД), крымская геморрагическая лихорадка, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лепра, бешенство, лептоспироз, листериоз, туберкулез, туляремия, бруцеллез, сибирская язва, ящур;
- 3) паразитарные заболевания: эхинококкоз, малярия, чесотка и т.д.;
- 4) воздушно-капельные инфекции: дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, носительство возбудителей дифтерии, врожденная краснушная инфекция (синдром врожденной краснухи), гемофильная инфекция, столбняк;
- 5) острые инфекционные заболевания: острые вирусные гепатиты, брюшной тиф и паратифы А, В, С, сальмонеллезы, дизентерия, иерсиниоз, риккетсиозы, клещевой вирусный энцефалит;
- 6) венерические заболевания (сифилис, гонорея и т.д.);
- 7) злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;
- 8) психические заболевания (а также травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы), эпилепсия;
- 9) наркологические заболевания (наркомания, токсикомания, алкоголизм);
- 10) сахарный диабет I типа;
- 11) дерматомиозит, склеродермия, СКВ (системная красная волчанка), болезнь Бехтерева,;
- 12) наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц (болезнь Паркинсона, хорья Гентингтона, миастения, миопатия, наследственные мозжечковые атаксии Пьера-Мари, болезнь Фридрейха, прогрессирующая мышечная дистрофия, невральные амиотрофии; гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова);
- 13) демиелинизирующие заболевания нервной системы (болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, сирингомиелия, БАС – боковой амиотрофический склероз); детский церебральный паралич;

- 14) фенилкетонурия; муковисцидоз; врожденный ихтиоз;
- 15) бронхиальная астма;

- 7.1.2. паразитарные и инфекционные заболевания (гельминтозы): аскаридоз, лямблиоз, анкилостомидоз, описторхоз, цестодозы, демодекозы и т.д.;
- 7.1.3. состояние реабилитации после инфаркта миокарда;
- 7.1.4. доброкачественные и злокачественные новообразования, в т.ч. кисты, полипы, папилломы, миомы, кондиломы, и т.д. и гиперпластические процессы (аденоидные разрастания, эрозия шейки матки, в том числе псевдоэрозия, лейкоплакия, эндометриоз и т.д.);
- 7.1.5. хронические кожные заболевания: микозы, псориаз, нейродермит атопический дерматит, аллопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая болезнь, а также любые виды/формы лишая, независимо от нозологии;
- 7.1.6. микозы, кроме микозов, возникших вследствие недавней антибиотикотерапии, а также слизистых оболочек полости рта, ЛОР-органов, легочного микоза, кандидоза ЖКТ;
- 7.1.7. Диагностика и лечение заболеваний, передающихся половым путем (ЗПП) (ИФА, ПЦР и РИФ), в том числе: гонорея, сифилис, шанкرويد, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, гарднереллез кандидозы и др.;
- 7.1.8. заболевания кишечника: болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, дисбактериозы, целиакия, хронический энтерит и др.;
- 7.1.9. диагностика и лечение заболеваний костно-мышечной системы (сколиозы, кифозы, лордозы, плоскостопие и т.д.);
- 7.1.10. стационарное лечение остеохондрозов, за исключением стационарного лечения по хирургическим показаниям;
- 7.1.11. глазные болезни: миопия, астигматизм, гиперметропия, катаракта, глаукома, ретинопатии, спазм аккомодации, отдаленные последствия травмы глаза в виде отслойки сетчатки, услуги по массажу век и биостимуляции глазного яблока. Расходы, связанные с хирургической коррекцией зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции, связанные с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
- 7.1.12. медицинские расходы, связанные с пластическими реконструктивными (восстановительными) операциями; косметологическое лечение и другие виды лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, включая ринопластику с косметической и лечебной целями; медицинские расходы, связанные с коррекцией веса и фигуры; расходы, связанные с хирургическим изменением пола, и т.д.;
- 7.1.13. диагностика и лечение расстройства питания и нарушения обмена веществ: ожирение, мочекислый диатез, подагра, дистрофия и т.д.;
- 7.1.14. диагностика и лечение эндокринных заболеваний: заболевания щитовидной железы, в том числе гипотиреоз, гипертиреоз, эндемический зоб и их последствия (за исключением первичной консультации эндокринолога и однократных исследований до постановки диагноза); синдром нарушения толерантности к глюкозе, сахарный диабет I - II типа, несахарный диабет, Аддисонова болезнь, хронический гипокортицизм,
- 7.1.15. заболевания, относящиеся к ревматическим болезням: системная красная волчанка, узелковый периартериит, системная склеродермия, болезнь Бехтерева, болезнь Шагрена, полиостеоартроз, спондилез, ревматоидный артрит; полиартрит, ДОА (деформирующий остеоартроз) ревматизм, системный васкулит, микрокристаллический артрит (например, подагра) и прочих заболеваний, относящихся к ревматическим согласно рабочей классификации ревматических болезней Всемирной Организации Здравоохранения;
- 7.1.16. заболевания костной системы (остеопороз, пяточная шпора, дисплазии хронические остеомиелиты и т.д.);
- 7.1.17. аутоиммунные заболевания (АИТ (зоб), АИГ (гепатит), АИ заболевания крови и т.д.);
- 7.1.18. заболевания мочеполовой системы: поликистоз почек и яичников; хронический гломерулонефрит, ХПН 2-3 стадии, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения);

- 7.1.19. диагностика и лечение простатитов (за исключением первичной консультации уролога и необходимых минимальных исследований до постановки диагноза), аденома предстательной железы, урологический массаж;
- 7.1.20. диагностика и лечение бесплодия, нарушений менструального цикла, нарушений потенции, климакса, все методы контрацепции; медицинские расходы, связанные с генетическими исследованиями и(или) другими услугами по планированию семьи;
- 7.1.21. хронические заболевания дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;
- 7.1.22. хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии;
- 7.1.23. заболевания печени: цирроз печени, хронические гепатиты любой этиологии, стеатогепатоз;
- 7.1.24. хроническая почечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность и хроническая печеночная недостаточность, и другие заболевания органов и тканей, требующих проведение гемодиализа так же других экстракорпоральных методов лечения: плазмафереза и гемосорбции, УФО крови, лазерное облучение крови (ВЛОК);
- 7.1.25. заболевания центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствия;
- 7.1.26. хронические заболевания сосудов: варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, варикозное расширение вен прямой кишки- требующее хирургического лечения; аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аortoартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующий эндоартериит, облитерирующий атеросклероз синдром Вегенера;
- 7.1.27. медицинские расходы, связанные с лечением хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения);
- 7.1.28. заболевания и их последствия, возникшие до начала периода страхования;
- 7.1.29. диагностика и лечение видимой наследственной патологии (карликовость, ускоренное половое созревание), наследственных, генных, хромосомных заболеваний и врожденных и приобретенных пороков развития, ДЦП;
- 7.1.30. медицинские расходы, связанные с диагностикой на аппарате Юникап и лечение аллергических хронических заболеваний вне стадии обострения, алергодиагностика, лечение аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации
- 7.1.31. терапевтические методы, используемые в периоде ремиссии респираторных аллергозов (напр., специфическая гипосенсибилизация, гистаминотерапия и методы вегетотропной терапии);
- 7.1.32. использование фармакопрепаратов, амбулаторное и стационарное лечение, иммунограмма, ИФА диагностика, физиотерапевтические процедуры в периоде клинико-лабораторной ремиссии аллергических заболеваний;
- 7.1.33. нетрадиционные методы диагностики и лечения: иридодиагностика, аурикулодиагностика, водные процедуры, сухая и подводная вытяжки, грязелечение, аутогемотерапия, гипербарическая оксигенация (ГБО), вакуумная терапия, мануальная терапия, иглотерапия, рефлексотерапия, траволечение, лечение в барокамере, флотинг - ванны, трудотерапия, гирудотерапия, исследование по Фоллю, ИФС, биорезонансная терапия, иглорефлексотерапия, УВТ и т.д., гомеопатия, кишечное орошение и жемчужные ванны;
- 7.1.34. массаж, не назначенный по медицинским показаниями в связи с Заболеванием или проводимый в один курс более, чем для одной зоны;
- 7.1.35. возрастные дегенеративные изменения организма;
- 7.1.36. подбор, приобретение и ремонт корригирующей техники (очки, линзы, протезно-ортопедические изделия, слуховые аппараты и т.д.);
- 7.1.37. Заболевания органов и тканей, требующих их трансплантации или имплантации, или протезирования, в том числе эндопротезирование, реконструктивные операции, операции по пересадке органов и тканей, а также последствия таких операций;
- 7.1.38. медицинские расходы, связанные с проведением коронароангиографии; а также хирургическими вмешательствами на сердце (аортокоронарное шунтирование, стентирование, установка ИВР и т.д.);

- 7.1.39. консультации и все методы лабораторно-инструментальных обследований, связанные с ведением беременности и родовспоможением, если иное не входит в программу страхования;
 - 7.1.40. расходы, связанные с проведением стерилизации, связанные с прерыванием беременности (медицинские и медикаментозные аборты), за исключением случаев, прямо угрожающих жизни Застрахованного. Последствия и осложнения таких манипуляций;
 - 7.1.41. патронаж ребенка до 1 (одного) года жизни, если иное не предусмотрено программой страхования;
 - 7.1.42. выдача листов нетрудоспособности по уходу за ребенком, если родитель, которому выдается листок нетрудоспособности и/или ребенок не являются застрахованным;
 - 7.1.43. медицинские расходы, связанные с диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ в целях определения уровня половых гормонов крови, отвечающих за репродуктивную функцию;
 - 7.1.44. медицинские расходы, связанные с диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если это не предусмотрено программой страхования, застрахованного;
 - 7.1.45. стоматологические расходы по протезированию, подготовке к ортопедии, косметологии (отбеливание, чистка и снятие зубных отложений), ортодонтии, если иное не предусмотрено программой страхования;
 - 7.1.46. медицинские расходы, связанные с услугами психолога и психотерапевта;
 - 7.1.47. профессиональные заболевания (заболевания, возникшие в результате воздействия на организм неблагоприятных факторов производственной среды;)
 - 7.1.48. заболевания либо несчастные случаи, являющиеся результатом военных действий или непосредственного участия, Застрахованного в общественных беспорядках, забастовках, народных волнениях различного рода, стихийных бедствий;
 - 7.1.49. травма, заболевание, ухудшение состояния здоровья, являющиеся последствием алкогольного или наркотического, психотропного опьянения, за исключением употребления лекарственных препаратов с высокой и средней концентрацией алкоголя или наркотических средств и психотропных веществ по предписанию врача;
 - 7.1.50. умышленное причинение телесных повреждений, в том числе покушение на самоубийство;
 - 7.1.51. заболевания или травмы, являющиеся результатом занятия профессиональным или любительским спортом, в том числе занятие альпинизмом, спелеологией, участие в скачках, автогонках, управлении летательного аппарата, участие в различные рода испытаниях;
 - 7.1.52. острая и хроническая лучевая болезнь;
 - 7.1.53. медицинские расходы, связанные с прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием) для поступления на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения, на работу или воинскую службу, для участия в спортивных мероприятиях, для получения разрешения на въезд в другое государство, для получения разрешения на управление транспортным средством, ношение оружия, для получения отсрочки или освобождения от воинской службы, для получения справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, мероприятий;
 - 7.1.54. расходы по заболеваниям с профилактическим и плановым лечением, если иное не предусмотрено программой страхования;
 - 7.1.55. приобретение медицинских изделий для профилактических, лечебных показаний (маски, ингаляторы, градусники, бинты, вата, лейкопластырь, клизмы и т.д.), а также приобретение не медикаментозных средств медицинского назначения (исключения шприцы, системы, венозные катетеры по любым показаниям; пластины, спицы, шурупы, гипс необходимые по экстренным показаниям);
 - 7.1.56. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан.
- 7.2. Не включаются в Страховое покрытие (не является Страховым случаем) приобретение следующих медицинских препаратов:
- 7.2.1. контрацептивные препараты (кроме тех случаев, когда назначаются по лечебным показаниям);
 - 7.2.2. поливитамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения);
 - 7.2.3. противотуберкулезные препараты при лечении туберкулеза (кроме тех случаев, когда антибиотики применяются при аллергии на все другие группы антибиотиков);
 - 7.2.4. биологические активные добавки (БАДы);

- 7.2.5. гомеопатические препараты;
- 7.2.6. анорексантные средства;
- 7.2.7. косметические и гигиенические средства;
- 7.2.8. биологические стимуляторы;
- 7.2.9. ферменты (кроме пищеварительных ферментов);
- 7.2.10. антидепрессанты, ноотропы.

7.3. Программой страхования может быть предусмотрено обратное включение в Страховое покрытие некоторых из исключений, указанных в п. 7.1 и 7.2 раздела I настоящих Правил, либо могут быть предусмотрены дополнительные исключения из Страхового покрытия.

8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

- 8.1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятое им на себя обязательство осуществить страховую выплату при наступлении Страхового случая в порядке и в сроки, установленные договором страхования.
- 8.2. Страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку – часть страховой премии, уплачиваемый Страхователем.
- 8.3. Размер страховой премии по договору страхования зависит от выбранных Страхователем Программ страхования, величины страховой суммы и срока страхования.
- 8.4. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования при заключении договора страхования или в рассрочку (уплата страховых взносов). Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.
- 8.5. Страховая премия может быть уплачена Страхователем или по его поручению иным лицом посредством:
 - безналичных расчетов;
 - внесения наличных денег в кассу Страховщика или передачи их уполномоченному представителю Страховщика;
 - иным способом, не запрещенным действующим законодательством Республики Казахстан, по соглашению сторон.

9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ

- 9.1. Договор страхования заключается сроком на 1 год с действием на территории Республики Казахстан, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.
- 9.2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан.
- 9.3. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и/или сами Правила изложены в одном документе с договором либо приложены к нему.
- 9.4. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.
- 9.5. При наличии более одного Застрахованного лица Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью. Страхователь – юридическое лицо представляет список Застрахованных лиц с указанием:
 - фамилий, имен, отчеств;
 - дат рождения;
 - домашних адресов и телефонов;
 - паспортных данных;
 - пола;

– должности.

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

- 9.6. Застрахованное лицо заполняет медицинскую анкету установленной формы и несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений при медицинском анкетировании.
- 9.7. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Застрахованным лицом данных. В случае, если будет установлено, что Застрахованный сообщил о себе ложные данные, имеющие существенное значение для оценки степени страхового риска, Страховщик может предложить доплатить страховую премию либо отказать Страхователю в заключении договора страхования.
- 9.8. Договор страхования заключается путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком.
- 9.9. В течение 7-ми рабочих дней после уплаты страховой премии (страхового взноса), при условии представления Списка Застрахованных, Страхователю передаются Медицинские пластиковые карточки (по количеству Застрахованных лиц) с приложением Правил страхования и Программ страхования.
- 9.10. Страховщик вправе самостоятельно (лично или через страхового посредника) вручить указанные выше документы Застрахованным лицам.
- 9.11. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до окончания установленного в договоре срока страхования.
- 9.12. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяет свое действие на страховые случаи, произошедшие в сроки, указанные в договоре страхования, на территории Республики Казахстан, если иное не оговорено в нем.
- 9.13. Договор страхования прекращается в случаях:
 - a) истечения срока его действия;
 - b) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме (оплата стоимости медицинских услуг в размере страховой суммы);
 - c) смерти Застрахованного лица, если по договору страхования было застраховано только одно лицо. В случае, если по договору страхования, заключенного Страхователем – физическим лицом, Застрахованными лицами являются и другие физические лица, то в случае смерти Страхователя Застрахованное лицо может принять на себя обязанности Страхователя по договору страхования;
 - d) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
 - e) расторжения договора по соглашению сторон;
 - f) расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;
 - g) расторжения договора страхования по инициативе Страховщика в случаях:
 - неуплаты Страхователем страховой премии (ее очередного страхового взноса) в установленные сроки;
 - отказа Страхователя, уведомленного об увеличении стоимости медицинских услуг, от изменений условий договора или доплаты страховой премии по требованию Страховщика;
 - установления факта передачи Застрахованным лицом Медицинской пластиковой карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по договору страхования;
 - в иных случаях, предусмотренных законодательством.
- 9.14. Возврат страховой премии (страховых взносов) за неистекший срок в случае досрочного прекращения договора страхования производится, если иное не предусмотрено в договоре, только в случае отсутствия страховых выплат по такому договору. Возврат страховой премии производится исходя из фактически поступившей по договору страхования суммы страховой премии (страховых взносов); пропорционально неистекшему периоду страхования, за который уплачена страхования премия (страховой взнос) за вычетом расходов на ведение дела.

9.15. О намерении досрочного прекращения договора страхования по основаниям, указанным в настоящих Правилах, стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, договор страхования считается расторгнутым по истечении 30-ти дней с момента направления уведомления о прекращении договора страхования другой стороне.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

- 10.1.1. получать разъяснения о Правилах страхования, условиях Договора страхования и о Программах страхования, а также о порядке предоставления Медицинского обслуживания и об Уполномоченных поставщиках медицинских услуг;
- 10.1.2. получать Медицинское обслуживание, предусмотренное Договором страхования и соответствующей Программой страхования, оплаченное Страховщиком, или возмещение расходов на Медицинское обслуживание, полученное в соответствии с Договором страхования и соответствующей Программой страхования;
- 10.1.3. обращаться к Страховщику для организации Медицинского обслуживания в случае Заболевания;
- 10.1.4. обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить Страховую выплату;
- 10.1.5. досрочно расторгнуть Договор в установленном законодательством Республики Казахстан порядке;
- 10.1.6. осуществлять контроль за выполнением условий Договора страхования;
- 10.1.7. осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан и Правилами страхования.

10.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

- 10.2.1. при заключении Договора сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении договора страхования в соответствии с запросом (анкетой) Страховщика.
- 10.2.2. уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором;
- 10.2.3. при наступлении страхового случая уведомить Страховщика в порядке, предусмотренном п. 12.1. раздела I настоящих Правил;
- 10.2.4. соблюдать условия Договора, назначения и предписания лечащего врача, полученные в ходе лечения Заболевания, а также режим и распорядок стационара в случае госпитализации. Невыполнение этого требования может служить основанием для отказа в Страховой выплате по страховым случаям, явившимся следствием доказанного нарушения таких назначений и предписаний, режима и распорядка;
- 10.2.5. заботиться о сохранности медицинской пластиковой карточки, и не передавать ее другим лицам с целью получения такими лицами Медицинского обслуживания; при утере медицинской пластиковой карточки немедленно после обнаружения этого факта известить Страховщика;
- 10.2.6. при утере Медицинской пластиковой карточки или указании некорректной информации Страхователем при заполнении Приложения №2, оплатить 500 тенге в счет возмещения затрат Страховщика на перевыпуск Медицинской пластиковой карточки;
- 10.2.7. при откреплении застрахованных в связи с увольнением сотрудника уведомить Страховщика о прекращении страхования в отношении уволенного сотрудника и членов его семьи не позднее, чем в течение 5 (пяти) рабочих дней после увольнения такого сотрудника. В случае несвоевременного предоставления вышеуказанной информации Страхователь обязан возместить Страховщику расходы по Медицинскому обслуживанию открепленных застрахованных, произведенные в период после увольнения и до даты уведомления Страховщика.
- 10.2.8. предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка.
- 10.2.9. предпринимать все возможные и целесообразные меры для предотвращения или уменьшения убытков от страхового случая.

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

11. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 11.1. Значительным увеличением страхового риска является выявление у Застрахованного лица какого-либо хронического заболевания либо обстоятельства, включенного в список исключений

из страховых случаев или Заболеваний, предусмотренных пунктом 3.2 раздела I настоящих Правил, не известных Страховщику до даты заключения Договора страхования. Такое увеличение страхового риска может быть выявлено на основе анкетирования, медицинского лечения, в ходе Медицинского обслуживания и на основе информации Застрахованного лица, либо на основе других фактических данных. Хроническим заболеванием является расстройство здоровья, имеющее хотя бы один из следующих признаков:

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

- 11.2. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.
- 11.3. При выявлении мошеннических действий со стороны Застрахованного лица, Страховщик вправе потребовать исключения такого Застрахованного лица из списка Застрахованных лиц без пересмотра страховой премии по Договору страхования.
- 11.4. Страховщик не вправе требовать изменений условий Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

12. ДЕЙСТВИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 12.1. При возникновении Заболевания Застрахованный уведомляет о наступлении страхового случая одним из следующих способов:
 - 1) обращается к Страховщику за организацией Медицинского обслуживания, позвонив в CALL-центр Страховщика, телефон которого указан на медицинской пластиковой карточке. Страховщик либо организует прием семейного врача, либо в экстренных случаях направляет семейного или дежурного врача на дом или рабочее место, либо другое местонахождение Застрахованного в пределах административных границ городов Республики Казахстан;
 - 2) уведомляет Страховщика об обращении за Медицинским обслуживанием к Уполномоченному поставщику медицинских услуг, позвонив в CALL -центр Страховщика. В случае, если такое Медицинское обслуживание должно быть оплачено Страховщиком (а не за наличный расчет), такое уведомление должно быть сделано не позднее, чем за 6 часов до времени назначенного приема врача, с 9-00 до 17-30 в рабочие дни (с понедельника по пятницу);
 - 3) в случае экстренного вызова скорой помощи 103, уведомление о страховом случае должно быть сделано в течение 24 часов со времени приезда скорой помощи. Уведомление может быть сделано Застрахованным, родственниками Застрахованного или врачом скорой помощи по телефону CALL-центра Страховщика;
 - 4) в случае выезда за рубеж - письменно (по электронной почте, нарочным, подачей заявления или другим письменным образом), не позднее, чем за 2(два) рабочих дня до выезда уведомляет Страховщика с предоставлением следующей информации - срок и страна(ы) поездки, фамилия и имя на английском языке в соответствии с данными паспорта, дата рождения, номер паспорта и ИНН - требуемой для выпуска соответствующей страховой документации и активизации страхового покрытия за рубежом. Порядок получения Медицинского обслуживания за рубежом оговаривается в страховом сертификате выезжающего за рубеж.
- 12.2. В случае, если Застрахованный не уведомит Страховщика о страховом случае или о выезде за рубеж в порядке, описанном в пункте 12.1. раздела I настоящих Правил, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате или ограничить ее суммой по своему усмотрению.
- 12.3. Медицинское обслуживание, назначенное семейным либо другим врачом в связи с Заболеванием Застрахованного (страховым случаем), о котором Страховщик был уведомлен в соответствии с пунктом 12.1 раздела I настоящих Правил, считается страховым случаем при условии включения

таких услуг в страховое покрытие в соответствии с условиями Договора страхования и соответствующей Программы страхования Застрахованного. В случае получения Медицинского обслуживания у Уполномоченных Поставщиков медицинских услуг Страховщик оплачивает стоимость Медицинского обслуживания непосредственно такому поставщику. В остальных случаях Страховщик возмещает сумму затрат Застрахованного на получение Медицинского обслуживания в соответствии с условиями Договора страхования при предоставлении документов, подтверждающих наступление страхового случая в соответствии с п. 13.1 раздела I Правил на основании Заявления Страхователя (Застрахованного) на возмещение затрат Застрахованного (страховых выплат). Заявление должно быть подано не позднее 24 дней после даты получения услуг.

13. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ. ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

- 13.1. Документами, подтверждающими наступление страхового случая и размер страховой выплаты, являются:
- 1) копии выписки из истории болезни Застрахованного (амбулаторного или стационарного лечения), заверенные личной печатью врача и медицинского учреждения;
 - 2) копии медицинских заключений лечащих врачей, копии рецептурных бланков, стоматологические заказ-наряды, копии заключений рентгенологов, и другие документы, подтверждающие получение медицинских услуг;
 - 3) оригиналы фискальных чеков и товарных чеков (счетов-фактур, квитанций об оплате) с указанием наименования каждого медицинского препарата, процедур, консультаций врачей, их количества и стоимости.
 - 4) для получения возмещения затрат Застрахованного на получение Медицинского обслуживания - заявление Страхователя (Застрахованного) с приложением документов, указанных в пп.1-3 выше. За предоставление вышеуказанных документов, их полноту и подлинность ответственность несет Застрахованный. Все указанные документы предоставляются Страхователем/Застрахованным не позднее, чем в течение 24 (двадцати четырех) рабочих дней после наступления страхового случая. В случае предоставления документов позже вышеуказанного срока Страховщик имеет право отказать в возмещении расходов.
- 13.2. Страховщик имеет право запросить другие документы, материалы и информацию у Застрахованного и/или Поставщика медицинских услуг, предоставивших Медицинское обслуживание, для установления факта наступления страхового события и размера страховой выплаты. Все такие документы и информация должны быть представлены Страховщику бесплатно. Дополнительные документы, а также недостающие документы в соответствии с п. 13.1 раздела I Правил должны быть запрошены Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения счета от Поставщика медицинских услуг или заявления от Застрахованного.
- 13.3. Возмещение по страховым случаям может получить либо сам Застрахованный, по предъявлению удостоверения личности, либо его уполномоченное лицо по предъявлению доверенности от Застрахованного с приложением копии удостоверения личности. В случае, если такое уполномоченное лицо не является членом семьи Застрахованного, получающего возмещение, доверенность от Застрахованного должна быть заверена по месту работы Застрахованного (отделом кадров, управлением по работе с персоналом или др.), либо нотариально.

14. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 14.1. Выгодоприобретателем по страховой выплате является Застрахованный и/или Поставщик медицинских услуг.
- 14.2. Размер страховой выплаты равен стоимости Медицинского обслуживания, полученного Застрахованным в связи со страховым случаем, и устанавливается на основании документов, перечисленных в пункте 11.1 раздела I настоящих Правил, согласно Программам страхования и

Договора. Решение об осуществлении страховой выплаты или отказе в ее осуществлении принимается в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 13.1 и 13.2 раздела I настоящих Правил.

- 14.3. Страховщик имеет право за свой счет провести экспертизу назначенного Застрахованному объема и качества Медицинского обслуживания и назначить дополнительное медицинское обследование для установления состояния здоровья Застрахованного и правильности назначенного лечения. Результаты такой экспертизы или дополнительного медицинского обследования могут служить основанием решения Страховщика об осуществлении страховой выплаты или отказе в страховой выплате.
- 14.4. Страховая выплата осуществляется путем оплаты стоимости соответствующего Медицинского обслуживания, полученного Застрахованным в связи со Страховым случаем, непосредственно Уполномоченным поставщикам медицинских услуг или путем возмещения затрат Застрахованного на Медицинское обслуживание, полученное в связи со страховым случаем. Страховая выплата может производиться как в наличной, так и в безналичной форме.
- 14.5. Общая сумма страховых выплат и/или сумма страховых выплат по отдельным видам Медицинского обслуживания в течение всего периода действия заключенного Договора, осуществленных в пользу Застрахованного или Застрахованному, не может превышать общей страховой суммы, установленной Программой страхования Застрахованного и/или страховых сумм по соответствующим видам Медицинского обслуживания. В случае, если общая страховая сумма, установленная Программой страхования Застрахованного исчерпана, обязательства Страховщика в отношении такого Застрахованного по Договору страхования прекращаются. В случае, если исчерпана страховая сумма по соответствующему виду Медицинского обслуживания, Страховщик прекращает осуществление страховых выплат по такому виду Медицинского обслуживания.
- 14.6. Страховщик вправе отказать Страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:
 - 1) войны; вторжения; враждебных действий иностранного государства; военных или подобных им операций (независимо от того объявлена война или нет) или гражданской войны;
 - 2) мятежа; забастовки; локаутов; гражданских беспорядков, приобретающих размеры или разрастающихся до народного восстания; бунта; гражданских волнений; военного мятежа; революции; военного захвата или узурпации власти; конфискации; реквизиции или национализации имущества; актов терроризма;
 - 3) радиоактивного излучения или загрязнения радиоактивным топливом или радиоактивными отходами от сжигания атомного топлива.
- 14.7. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты являются:
 - 1) сообщение Страхователем (Застрахованным) Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
 - 2) умышленные действия Страхователя (Застрахованного), направленные на наступление страхового случая;
 - 3) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
 - 4) не уведомление в установленный срок о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая;
 - 5) когда доказано, что Застрахованный не выполнял назначения и предписания лечащего врача или нарушал определенный лечащим врачом больничный или амбулаторный режим.
 - 6) обращение Застрахованного за медицинским обслуживанием по заболеванию и его последствий, наступивших до начала срока страхования/после окончания срока страхования;
 - 7) обращение Застрахованного в связи с Заболеваниями, являющимися исключениями из страхового случая в соответствии с п. 7 раздела I. настоящих Правил или при нарушении порядка действий Застрахованного при наступлении страхового случая в соответствии с п. 11.1 раздела I настоящих Правил;
 - 8) референс-исследования, т.е. случаи обращения Застрахованного к более, чем двум различным поставщикам медицинских услуг по одному и тому же страховому случаю (Заболеванию) и по одному и тому же виду услуг.

- 14.8. Страховщик не производит страховую выплату за:
- 1) косвенные коммерческие потери Страхователя (Застрахованного), неустойку, упущенную выгоду;
 - 2) моральный вред;
 - 3) судебные издержки, если иное не установлено Договором страхования.
- 14.9. В случае получения Медицинского обслуживания Застрахованным на сумму, превышающую соответствующие страховые суммы и по соответствующим видам Медицинского обслуживания согласно Программе страхования Застрахованного, Страхователь (Застрахованный) обязан возместить Страховщику разницу в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате. В случае, если возмещение не получено в течение указанного выше срока, Страховщик имеет право приостановить организацию Медицинского обслуживания и осуществление страховых выплат в отношении такого Застрахованного до осуществления возмещения.
- 14.10. В случае получения Медицинского обслуживания до начала/после прекращения действия страховой защиты в отношении Страхователя (Застрахованного) либо не предусмотренных Программой страхования Застрахованного, Страхователь обязан возместить Страховщику указанные расходы в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате.

15. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

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

16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 16.1. Споры, возникающие по Договору страхования, рассматриваются Сторонами путем переговоров.
- 16.2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан.

17. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 17.1. В настоящие Правила могут быть внесены изменения и дополнения в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 2. СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ ЛИЦ, ВЬЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ

- 1.1. По заключаемым договорам добровольного медицинского страхования, программами страхования может быть предусмотрено включение добровольного страхования от несчастных случаев и на случай болезни или смерти лиц, выезжающих за рубеж. Условия добровольного страхования от несчастных случаев и на случай болезни или смерти лиц, выезжающих за рубеж, регулируются утвержденными Правилами добровольного страхования от несчастных случаев и на случай болезни или смерти лиц, выезжающих за рубеж.

РАЗДЕЛ 3. СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Страховщик** – АО «Медицинская страховая компания «Архимедес Казахстан»
- 1.2. **Страхователь** – юридическое или физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования
- 1.3. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, иностранный гражданин временно или постоянно проживающий в Республике Казахстан, в чью пользу заключен Договор страхования. Застрахованное лицо должно быть указано в Договоре страхования и/или Сертификате (справке) страхования
- 1.4. **Договор страхования** – означает Договор страхования (Договор добровольного медицинского страхования), заключенный между Страховщиком и Страхователем в пользу Застрахованных(ого) лиц(а);
- 1.5. **Сертификат (справка) страхования** – подтверждение о предоставлении страхового покрытия Застрахованному лицу для предоставления в государственные органы Республики Казахстан
- 1.6. **Страховая премия** - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем, за услуги по страхованию Застрахованных лиц;
- 1.7. **Заболевание** - любое внезапное или неожиданное негативное изменение в состоянии здоровья Застрахованного лица, произошедшее в течение Периода действия страхового покрытия, требующее проведения обследования, лечения или операции со стороны медицинского персонала. Медицинский персонал должен иметь соответствующую юридически подтвержденную квалификацию. Заболевание определяется в соответствии с условиями, ограничениями и исключениями Договора страхования и настоящих Правил и не включает какие-либо существовавшие ранее медицинские показания и любые Врожденные заболевания.
- 1.8. **Программа страхования** – означает описание выбранного страхового покрытия, определяющего основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг или Заболеваний. Программа страхования может включать все или отдельные разделы медицинского страхования.
- 1.9. **Существовавшие ранее медицинские показания** – любое хроническое заболевание, обострение или рецидив болезни, состояние здоровья, травма или инвалидность, в связи с которым Застрахованное лицо получало лечение, или любое состояние, по которому результаты диагностики должны были быть получены или лечение назначено до начала Периода действия страхового покрытия. Но условие Существовавшего ранее медицинского показания не распространяется на случаи внезапного и неожиданного обострения такого заболевания или состояния в течение поездки.
- 1.10. **Врожденные заболевания** – означают наследственные заболевания, существовавшие при рождении или развитые в течение беременности.
- 1.11. **Несчастный случай** – означает событие, которое произошло внезапно, в результате внешних факторов, приведшее к травме, которую Застрахованное лицо не могло предполагать или предвидеть.
- 1.12. **Травма** – телесное повреждение, которое было вызвано непосредственно и исключительно несчастным случаем и независимо от других причин, произошедшим в течение Периода действия страхового покрытия.
- 1.13. **Страховой иск** – сумма денег, заявленная к оплате Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику в случае наступления страхового события.
- 1.14. **Страховая выплата** – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы, определенной Договором страхования, при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев на сроках и условиях Договора страхования.
- 1.15. **Страховой случай** – заболевание, возникающее в острой форме в течение Периода действия страхового покрытия, или несчастный случай, произошедший в течение Периода действия страхового покрытия с учетом исключений и ограничений, предусмотренных Договором страхования и настоящими Правилами;
- 1.16. **Страховое покрытие** – условия осуществления страховой выплаты, предусмотренные Договором страхования и настоящими Правилами (в том числе страховая сумма, франшизы - если применимо, и т.д.), определяющие основные признаки Страхового случая.

- 1.17. **Страховая сумма (страховой лимит)** - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев в соответствии с условиями Договора страхования.
- 1.18. **Место проживания** – страна постоянного места проживания или гражданства Застрахованного.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3. СТРАХОВАЯ СУММА

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

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 4.1. Страховой случай – событие, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в соответствии со сроками и условиями Договора страхования и настоящих Правил. Страховым случаем является болезнь, телесное повреждение или смерть Застрахованного или другой ущерб, повреждение или убыток, понесенный Застрахованным во время его нахождения на территории Республики Казахстан, все в соответствии с учетом определений, ограничений и исключений, предусмотренных Договором страхования, Программой страхования и настоящими Правилами.
- 4.2. **Не являются** страховыми случаями заболевание или несчастный случай, или другой ущерб или повреждение, полученные в результате:
- а) войны, гражданской войны, военных действий и мероприятий, гражданских волнений, террористических акций, радиоактивного заражения или воздействия ионизирующей радиации, забастовок и других форм индустриальных акций и аварий, реквизиции;
 - б) в связи с умышленным намерением Страхователя (Застрахованного) совершить преступление, самоубийство или телесные повреждения себе или в результате грубой небрежности Страхователя (Застрахованного).
 - в) занятия экстремальным спортом (в особенности каноэ/рафтинг в горных реках, подъем без страховки, спуск в ущелья, спуск по веревке, спелеологию и изучение пещер, альпинизм, скалолазание, свободный спуск, спуск с парашютом и парашютизм), бокс, борьба, подводный спуск более, чем на 25 метров, погружение без страховки, погружение в батискафе, тяжелая атлетика, зимние виды спорта (включая горные лыжи и сноубординг), военные искусства и другие формы контактного боя, мотобол, рэгби, американский или австралийский футбол, скачки или велогонки и в качестве водителя, пассажира или арендатора автомобиля во время автогонок, включая любое вождение, когда достижение высокой скорости является целью;
 - г) участие в профессиональных спортивных соревнованиях или тренировочные занятия любым видом спорта для представления Застрахованным своей страны;
 - д) занятие любым видом физического труда, любой работой на высоте свыше 3 метров или рытье котлованов, или работа в шахтах на глубине ниже 3 метров уровня нормальной поверхности.
- 4.3. Объем обязательств Страховщика определяется на основе условий Договора страхования и Программы страхования с учетом условий, ограничений и исключений, предусматриваемых Договором страхования и настоящими Правилами:
- а) Медицинский осмотр в соответствии с требованиями государственных органов Республики Казахстан;
 - б) Медицинская помощь во время нахождения в Республике Казахстан при заболевании или несчастном случае;
 - в) Медицинская эвакуация из Республики Казахстан к месту проживания Застрахованного;

d) Репатриация останков в случае смерти Застрахованного из Республики Казахстан к месту проживания
Более детальное описание страхового покрытия приведено в Приложении 1 к разделу 3 настоящих Правил.

4.4. Страховой случай устанавливается в соответствии с п. 6 раздела 1 настоящих Правил.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

- 5.1. Исключение из страховых случаев и ограничение страхования устанавливаются в соответствии с п. 7 раздела 1 настоящих Правил.
- 5.2. Если лечение превышает обоснованные медицинские показания, Страховщик имеет право сократить свои страховую выплату до уровня обоснованного медицинского лечения или принять другие меры, если были представлены необоснованно высокие расходы на оплату/возмещение.
- 5.3. Обязательства Страховщика по осуществлению страховой выплате определяются в соответствии с п. 14 раздела 1 настоящих Правил.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

- 6.1. Размер страховой премии рассчитывается Страховщиком, в зависимости от выбранного Страхового покрытия и Периода страхового покрытия.
- 6.2. Страховая премия должна быть уплачена в соответствии со сроками и условиями Договора страхования.
- 6.3. Если страховая премия не была уплачена до наступления первого страхового случая, Страховщик освобождается от обязательств по страховой выплате.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ

- 7.1. Договор страхования заключается сроком до 365 дней, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.
- 7.2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором либо приложены к нему. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.
- 7.3. При наличии более одного Застрахованного лица Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью.
- 7.4. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до окончания срока, установленного в договоре страхования.
- 7.5. Страхование, обусловленное договором страхования и настоящими Правилами, распространяет свое действие на страховые случаи, произошедшие в Период действия страхового покрытия на территории Республики Казахстан.
- 7.6. Договор страхования прекращается в случаях:
 - a) истечения срока его действия;
 - b) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;
 - c) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
 - d) расторжения договора по соглашению сторон;
 - e) расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;
 - f) расторжения договора страхования по инициативе Страховщика в случаях:
 - неуплаты Страхователем страховой премии (ее очередного страхового взноса) в установленные сроки;

– в иных случаях, предусмотренных законодательством.

- 7.7. Возврат страховой премии за не истекший срок в случае досрочного прекращения договора страхования производится только в случае отсутствия каких-либо страховых исков и в размере пропорционально не истекшему сроку договора страхования за вычетом 25% от общей суммы страховой премии на ведение дела.
- 7.8. О намерении досрочного прекращения договора страхования по основаниям, указанным в п. 7.4. настоящих Правил, стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, договор страхования считается расторгнутым по истечении 10-ти дней с момента направления уведомления о прекращении договора страхования другой стороне, если иное не установлено Договором страхования.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 8.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:
- 8.1.1. получать разъяснения о Правилах страхования, условиях Договора страхования и условиях Страхового покрытия, а также о порядке предоставления услуг;
 - 8.1.2. получать Медицинские и другие услуги, предусмотренные Договором страхования и соответствующим Страховым покрытием, оплаченные или возмещенные Страховщиком
 - 8.1.3. обращаться к Страховщику для организации Медицинского обслуживания или других услуг в случае Заболевания или несчастного случая в соответствии с условиями Договора страхования и настоящих Правил;
 - 8.1.4. обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить Страховую выплату.
- 8.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:
- 8.2.1. при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении договора страхования
 - 8.2.2. пройти медицинский осмотр;
 - 8.2.3. уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
 - 8.2.4. предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка.
- 8.3. Страховщик имеет право:
- 8.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора страхования;
 - 8.3.2. запрашивать историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном лице, в том числе информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица;
 - 8.3.3. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;
 - 8.3.4. требовать от Страхователя (Застрахованного лица) информацию и документы, необходимые для установления факта страхового случая, обстоятельства его возникновения;
 - 8.3.5. отказать в страховой выплате в случаях необоснованных требований со стороны Застрахованного;
 - 8.3.6. при расторжении Договора страхования – на часть страховой премии в соответствии с условиями Договора страхования;
 - 8.3.7. требовать внесения изменений в условия Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска в случае, если после подписания Договора страхования произошли существенные изменения страхового риска.
- 8.4. Страховщик обязан:
- 8.4.1. ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с Правилами страхования;
 - 8.4.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
 - 8.4.3. обеспечить тайну страхования.

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

9. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

10. ДЕЙСТВИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 10.1. Действия Застрахованного при наступлении страхового случая определяются в соответствии с порядком, установленным в п. 12 раздела 1 настоящих Правил страхования.
- 10.2. В случае, если Застрахованное лицо может представить страховой иск по наступившему страховому событию по договору страхования с другим страховщиком или подать иск третьему лицу (например, несчастный случай в дорожно-транспортном происшествии), он должен предоставить Страховщику все документы и информацию относительно такого договора страхования и такой ответственности третьего лица и предоставить право суброгации Страховщику.
- 10.3. В случае, если Застрахованное лицо не выполнит условий п. 10.1-10.2 раздела 2 настоящих Правил, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате или ограничить ее суммой по своему усмотрению.

11. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ. ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

- 11.1. Документами, подтверждающими наступление страхового случая и размер страховой выплаты, являются:
- 1) выписка из истории болезни Застрахованного лица, описывающая характер и степень травмы либо заболевания или официальное свидетельство о смерти или другой официальный документ, выпущенный уполномоченным лицом или органом, подтверждающий наступление страхового случая
 - 2) оригиналы счетов, чеков и других платежных документов, подтверждающие расходы Застрахованного лица, связанные с наступлением страхового случая
- За предоставление вышеуказанных документов и их полноту несет ответственность Застрахованное лицо.
- 11.2. Страховщик имеет право запросить другие документы, материалы и информацию у Застрахованного лица или других лиц, или органов, выдавших Застрахованному лицу подтверждения или оказавших услуги согласно предоставленным счетам, чекам или другим платежным документам в связи со страховым случаем, для установления факта наступления страхового события и размера страховой выплаты. Все такие документы и информация должны быть представлены Страховщику бесплатно.
- 11.3. Размер страховой выплаты устанавливается на основании документов, перечисленных в пункте 11.1 раздела 2 настоящих Правил. Решение об осуществлении страховой выплаты или отказе в ее осуществлении принимается в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 11.1 раздела 2 настоящих Правил. В случае отказа в осуществлении страховой выплаты Страховщик должен известить Страхователя (Застрахованное лицо) в письменной форме с описанием причин отказа.
- 11.4. Страховая выплата осуществляется путем оплаты стоимости соответствующих затрат в связи со страховым случаем, непосредственно поставщикам соответствующих услуг или путем возмещения затрат Застрахованного лица в связи со страховым случаем. Страховая выплата может производиться как в наличной, так и в безналичной форме.
- 11.5. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты являются:
- 11.5.1. сообщение Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

- 11.5.2. умышленные действия Страхователя (Застрахованного лица), направленные на наступление страхового случая;
 - 11.5.3. воспрепятствование Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
 - 11.5.4. не уведомление в установленный срок о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая.
- 11.6. Страховщик не производит страховую выплату за:
- 11.6.1. косвенные коммерческие потери Страхователя (Застрахованного лица), неустойку, упущенную выгоду;
 - 11.6.2. моральный вред;
 - 11.6.3. судебные издержки, если иное не определено Договором страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 12.1. Споры, возникающие по Договору страхования, рассматриваются Сторонами путем переговоров.
- 12.2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.

13. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 13.1. В настоящие Правила могут быть внесены изменения и дополнения в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 К РАЗДЕЛУ 3 СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

§1 Страхование покрытие обеспечивает следующее:

- 1. Медицинский осмотр в соответствии с требованиями государственных органов Республики Казахстан;
- 2. Медицинская помощь во время нахождения в Республике Казахстан при заболевании или несчастном случае;
- 3. Медицинская эвакуация из Республики Казахстан к месту проживания Застрахованного;
- 4. Репатриация останков в случае смерти Застрахованного из Республики Казахстан к месту проживания;
- 5. Действие страхового покрытия распространяется только на страховые случаи, произошедшие с Застрахованным во время его нахождения на территории Республики Казахстан

§2 Медицинский осмотр

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

§3 Медицинская помощь

- 7. Страховщик обязуется оплатить затраты на назначенное врачом лечение в случае Заболевания в соответствии с Программой страхования и Договором страхования, в частности:
- 8. Стационарное лечение в больнице, включая расходы по проведению операции;
- 9. Амбулаторное лечение;
- 10. Медикаменты и перевязочные средства, требуемые при стационарном лечении;
- 11. другие медицинские услуги, которые могут быть предусмотрены Программой страхования и/или Договором страхования.

§4 Медицинская эвакуация

12. В случае необходимой и оправданной с медицинской точки зрения эвакуации Застрахованного к месту проживания, Страховщик обязуется оплатить затраты на организацию общего или медицинского транспорта к назначенному пункту места проживания Застрахованного. Назначенным пунктом считается либо медицинское учреждение места проживания Застрахованного, либо его фактический адрес жительства в месте проживания.
13. Необходимой считается эвакуация Застрахованного к месту проживания в случае:
 - если требуемая квалифицированная медицинская помощь не может быть оказана на территории Республики Казахстан;
 - если лечение Заболевания требует длительного периода стационарного лечения или длительного последующего реабилитационного лечения Застрахованного;
 - если Застрахованный в результате несчастного случая или заболевания не может передвигаться самостоятельно, либо его способность к передвижению является ограниченной;
 - в других случаях, когда необходимость медицинской эвакуации подтверждена независимой экспертизой или Страховщиком.

§4 Репатриация останков

14. В случае смерти Застрахованного Страховщик обязуется оплатить расходы на:
 - a) Расходы на погребение на территории Республики Казахстан, или
 - b) Расходы на репатриацию останков Застрахованного к назначенному пункту места проживания. Назначенным пунктом места проживания в данном случае является ближайший к месту проживания аэропорт. Расходы на репатриацию останков включают:
 - расходы на хранение и бальзамирование трупа (подготовку к транспортировке);
 - расходы на организацию транспортировки останков к месту проживания.

РАЗДЕЛ 4. СТРАХОВАНИЕ РАСХОДОВ ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Страховщик** – АО «Медицинская страховая компания «Архимедес Казахстан»
- 1.2. **Страхователь** – компания или физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования или добровольного страхования на случай болезни
- 1.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный, Выгодоприобретатель)** - физическое лицо, в чью пользу заключен Договор и кому непосредственно предоставляется Медицинское обслуживание.
- 1.4. **Медицинское обслуживание** - услуги по организации предоставления медицинских услуг, предоставлению медицинских услуг или продаже фармацевтических препаратов Застрахованному лицу Поставщиками медицинских услуг в связи с Состоянием Застрахованного;
- 1.5. **Врач** – означает специалиста с высшим медицинским образованием, имеющего лицензию на занятие частной медицинской практикой, либо работающего у Поставщика медицинских услуг;
- 1.6. **Договор** – означает Договор добровольного медицинского страхования, заключенный между Страховщиком и Страхователем в отношении медицинского страхования Застрахованных(ого) лиц(а);
- 1.7. **Программа страхования** – означает описание выбранного страхового покрытия, определяющего основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг в связи с Состоянием Застрахованного. Программа страхования может включать все или отдельные разделы медицинского страхования.
- 1.8. **Страховая премия** - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем, за услуги по страхованию Застрахованных лиц в соответствии с выбранной Программой страхования;
- 1.9. **Поставщики медицинских услуг** – физические и юридические лица, имеющие соответствующие лицензии на оказание медицинских услуг или продажу фармацевтических препаратов в Республике Казахстан.
- 1.10. **Уполномоченные поставщики медицинских услуг** – поставщики медицинских услуг, заключившие договор со Страховщиком на Медицинское обслуживание Застрахованных лиц. Уполномоченные поставщики медицинских услуг также являются Выгодоприобретателями по договору страхования.
- 1.11. **Медицинская пластиковая карточка** – информационная карточка, выдаваемая Страховщиком Застрахованному лицу в соответствии с Договором страхования, на котором указан идентификационный номер, фамилия, имя и отчество Застрахованного, даты начала и окончания страховой защиты, а также телефоны колл-центра Страховщика. Медицинская пластиковая карточка подтверждает право Застрахованного лица на получение Медицинского обслуживания со стороны Уполномоченных поставщиков медицинских услуг и/или возмещение медицинских расходов в соответствии с Программой страхования Застрахованного лица. Медицинская пластиковая карточка действительна только при предъявлении удостоверения личности Застрахованного лица;
- 1.12. **Состояние** - состояние беременности или роды;
- 1.13. **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы, определенной соответствующей Программой страхования Застрахованного лица при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора страхования;
- 1.14. **Страховой случай** - обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением услуг, предусмотренных Программой страхования в связи с Состоянием, и возникновение подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание или расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию;
- 1.15. **Страховое покрытие** – условия осуществления страховой выплаты, предусмотренные Договором страхования и соответствующей Программой страхования (в том числе страховая сумма – всего и по отдельным видам Медицинского обслуживания, франшизы - если применимо, и т.д.) и определяющие основные признаки Страхового случая
- 1.16. **Страховая сумма (страховой лимит)** - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Застрахованного лица (Застрахованного) в связи с

наступлением Состояния, ведущего к ограничению трудоспособности или длительной временной нетрудоспособности и возникающих в связи с этим Состоянием расходов Застрахованного.

3. ЗАСТРАХОВАННЫЕ

- 3.1. Застрахованными могут быть лица в возрасте от 18 до 40 лет, если иное не оговорено Договором страхования.
- 3.2. Не подлежат страхованию лица, имеющие заболевания или другие обстоятельства, указанные в п. 3.2. раздела 1 настоящих Правил.
- 3.3. Не подлежат страхованию следующие лица:
 - 3.3.1. лица, обратившиеся за страхованием позже 24-й недели беременности;
 - 3.3.2. лица, беременность которых вызвана процедурой искусственного оплодотворения.
- 3.4. При выявлении заболевания или обстоятельств, указанных в п. 3.2 и п. 3.3 раздела 4 настоящих Правил, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц. При этом Страховщик имеет право удержать полностью оплаченную страховую премию (в случае сокрытия информации Застрахованным о таком заболевании или обстоятельствах, либо выявлении такого заболевания во втором триместре беременности), либо произвести частичный возврат премии (в случае впервые диагностированного заболевания в период действия Договора страхования в первом триместре беременности).

4. СТРАХОВАЯ СУММА

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

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 5.1. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. В соответствии с настоящими Правилами, Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением медицинской помощи или услуг, предусмотренных Программой страхования в связи с Состоянием и возникновением подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание и/или подлежащих возмещению расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию.
- 5.2. Не является Страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг:
 - 5.2.1. не предусмотренных Программой страхования и договором страхования;
 - 5.2.2. в медицинские учреждения, не предусмотренные Программой страхования, без предварительного согласования со Страховщиком;
 - 5.2.3. в связи с обстоятельствами, указанными в п. 6.2 и 6.3. раздела 1 настоящих Правил.
- 5.3. Договор добровольного медицинского страхования заключается по Программе страхования, предусматривающей конкретные условия страхового покрытия, основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг. Указанные Программы страхования могут предусматривать предоставление Застрахованному лицу следующих видов медицинской помощи:
 - 5.3.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь, помощь на дому по ведению беременности;
 - 5.3.2. Стационарная медицинская помощь при родах;

5.3.3. Скорая медицинская помощь;

Детальное описание вышеуказанных видов страхового покрытия приведено в Приложении 1 к разделу 4 настоящих Правил, которое являются неотъемлемой частью настоящих Правил.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

6.1. Страховое покрытие не включает:

6.1.1. лечение Заболеваний, возникающих в течение действия Договора страхования. Данное исключение не распространяется на случаи, если страхование в соответствии с разделом 4 приобретено в дополнение к страхованию, предусмотренному разделом 1 настоящих Правил.

6.1.2. стационарную медицинскую помощь при угрозе прерывания беременности, если иное не предусмотрено Договором страхования;

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

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

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

- Предлежание плаценты. Низкая плацентация;
- преждевременная отслойка плаценты;
- Сахарный диабет у беременных;
- Анемии;
- Сопутствующие заболевания и обострения экстрагенитальных заболеваний;
- Доброкачественные и злокачественный новообразования;
- Перинатальные инфекции;
- Маловодие;
- Многоводие;
- Угроза преждевременных родов;
- Угроза выкидыша;
- Резус-сенсбилизация;
- Гестоз;
- Токсикоз;
- Рвота беременных;
- Угроза позднего выкидыша;
- Рубец на матке;
- Состояния при ИЦН (истмико-цервикальная недостаточность);
- Хроническая фетоплацентарная недостаточность;
- Многоплодная беременность

6.4. При выявлении патологических состояний в течении беременности, описанных в п. 6.3 раздела 4 Страховщик имеет право досрочно расторгнуть Договор страхования с возвратом страховой премии, удержав при этом сумму известных Страховщику произошедших страховых выплат, сумму резерва на произошедшие, но не заявленные Страховщику страховые выплаты, а также Сумму расходов на администрирование Договора страхования, составляющие 15% от суммы премии.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

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

8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ

- 8.1. Договор страхования заключается сроком до 270 дней с действием на территории Республики Казахстан.
- 8.2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан.
- 8.3. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и/или сами Правила изложены в одном документе с договором либо приложены к нему. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.
- 8.4. При наличии более одного Застрахованного лица Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью.
- 8.5. В течение 7-ми рабочих дней после уплаты страховой премии (страхового взноса), при условии представления Списка Застрахованных, Страхователю передаются Медицинские пластиковые карточки (по количеству Застрахованных лиц) с приложением Правил страхования и Программ страхования.
- 8.6. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до наступления какого-либо события, предусмотренного п. 8.7 раздела 4 настоящих Правил.
- 8.7. Договор страхования прекращается в случаях:
 - a. истечения срока его действия;
 - b. исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме (оплата стоимости медицинских услуг в размере страховой суммы);
 - c. в случае, если Договором страхования предусмотрено страховое покрытие в соответствии с секцией 1 Приложения 1 к разделу 4 настоящих Правил (ведение беременности) - госпитализации Застрахованного лица для проведения родовспоможения (наступления родовых схваток);
 - d. в случае, если Договором страхования предусмотрено страховое покрытие в соответствии с секцией 1 и секцией 2 Приложения 1 к разделу 4 настоящих Правил (ведение беременности и роды) – выписка Застрахованного лица из родильного отделения стационара;
 - e. смерти Застрахованного лица, если по договору страхования было застраховано только одно лицо;
 - f. принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
 - g. расторжения договора по соглашению сторон;
 - h. расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;
 - i. расторжения договора страхования по инициативе Страховщика в случаях:
 - неуплаты Страхователем страховой премии (ее очередного страхового взноса) в установленные сроки;
 - отказа Страхователя, уведомленного об увеличении стоимости медицинских услуг, от изменений условий договора или доплаты страховой премии по требованию Страховщика;
 - установления факта передачи Застрахованным лицом Медицинской пластиковой карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по договору страхования;
 - в иных случаях, предусмотренных законодательством.
- 8.8. Возврат страховой премии (страховых взносов) за истекший срок в случае досрочного прекращения договора страхования производится, если иное не предусмотрено в договоре, только в случае отсутствия страховых выплат по такому договору и, если истекший срок страхования составляет менее 45 дней. Возврат страховой премии производится исходя из фактически поступившей по договору страхования суммы страховой премии (страховых взносов); пропорционально истекшему периоду страхования, за который уплачена страхования премия (страховой взнос) за вычетом расходов на ведение дела.
- 8.9. О намерении досрочного прекращения договора страхования по основаниям, указанным в настоящих Правилах, стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, договор страхования считается

расторгнутым по истечении 10-ти дней с момента направления уведомления о прекращении договора страхования другой стороне.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Права и обязанности сторон устанавливаются в соответствии с п. 10 раздела 1 настоящих Правил.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 10.1. Значительным увеличением страхового риска является отклонения в течении беременности от физиологической нормы.
- 10.2. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

11. ДЕЙСТВИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

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

12. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ. ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

- 12.1. Порядок предоставления документов для осуществления страховой выплаты, ограничения при осуществлении страховой выплаты, а также сроки и условия принятия решения об осуществлении страховых выплат определяется в соответствии с п. 13 и п. 14 раздела 1 настоящих Правил.
- 12.2. В случае получения Медицинского обслуживания Застрахованным на сумму, превышающую соответствующие страховые суммы и по соответствующим видам Медицинского обслуживания согласно Программе страхования Застрахованного, Страхователь (Застрахованный) обязан возместить Страховщику разницу в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате. В случае, если возмещение не получено в течение указанного выше срока, Страховщик имеет право приостановить организацию Медицинского обслуживания и осуществление страховых выплат в отношении такого Застрахованного до осуществления возмещения.
- 12.3. В случае получения Медицинского обслуживания до начала/после прекращения действия страховой защиты в отношении Страхователя (Застрахованного) либо не предусмотренных Программой страхования Застрахованного, Страхователь обязан возместить Страховщику указанные расходы в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

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

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 14.1. Споры, возникающие по Договору страхования, рассматриваются Сторонами путем переговоров.
- 14.2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.

15. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

15.1. В настоящие Правила могут быть внесены изменения и дополнения в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 К РАЗДЕЛУ 4 СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

Секция 1. Ведение беременности

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

1. Круглосуточная связь с диспетчерской службой; мониторинг состояния здоровья
2. Медицинское обслуживание акушера-гинеколога Медицинской компании в поликлинике, включающее:
 - Сбор анамнеза;
 - осмотр;
 - антропометрия;
 - измерение роста, веса;
 - измерение АД;
 - измерение размеров и формы таза;
 - определение сроков беременности;
 - измерение окружности живота;
 - высота стояния дна матки;
 - установление положения, позиции, предлежащей части плода;
 - выслушивание сердцебиения плода;
 - ведение амбулаторных карт;
 - постановку диагноза при соматических заболеваниях беременной;
 - назначение лечения;
 - экспертиза временной нетрудоспособности;
 - организацию госпитализации (при необходимости);

которое проводится в следующие сроки:

- 1 посещение - до 12 недель
 - 2 посещение - в сроке 16- 20 недель
 - 3 посещение – в сроке 24- 25 недель
 - 4 посещение – в сроке 30- 32 недель
 - 5 посещение – в сроке 36 недель
 - 6 посещение – в сроке 38- 40 недель
 - 7 посещение - в сроке 41 неделя
3. Консультации следующих узких специалистов
 - терапевта – при взятии на учет - 10-12 недель и в 30 недель;
 - окулиста – при взятии на учет – 10-12 недель;
 - генетика – в сроки 10-12 недель, в 20-24 недели
 - стоматолога - при взятии на учет;
 - отоларинголога - при взятии на учет;
 - эндокринолога - при взятии на учет
 4. Лабораторные исследования (согласно графику обследования):
 - общий анализ крови (ОАК) - 5 раз: При взятии на учет -10-12 недель; 16-20 недель; 24-25 недель; 30-32 недели; 38-40 недель
 - общий анализ мочи (ОАМ) - 6 раз и по показаниям: при взятии на учет – 10-12 недель; 16-20 недель; 24-25 недель; 30-32 недели; 36 недель; 38-40 недель;
 - биохимический анализ крови – 1 раз (в 30 недель);

- ИФА или РИФ на следующие инфекции: хламидии, уреаплазма уреалитикум, цитомегаловирус, герпес 2 типа, микоплазма, бруцеллез, токсоплазмоз, листериоз – однократно;
 - Резус-фактор, группа крови - при взятии на учет- 10-12 недель;
 - RW – 2 раза: 10-12 недель, 30- 32недели;
 - ВИЧ – 2 раза: 10- 12 недель, 30- 32 недели;
 - HBsAg – при взятии на учет 10-12 недель
 - исследование мазка - не более 3-х раз: 10-12 недель; 30-32 недели; 36-38 недель
 - бак. посев из цервикального канала -после 35 недель перед родами
 - бак.посев мочи - однократно - по показаниям
 - коагулограмма - в 30 недель;
 - биохимические генетические маркеры (по направлению генетика) - в 10-12 недель; в 20-24 недели
5. Инструментальные исследования:
- УЗИ органов малого таза - 3 раза: 10-14 недель; 20- 24 недели; 30-34 недель;
 - ЭКГ – 1 раз – при взятии на учет;
 - кардиотокография плода – 1 раз – при сроке беременности 38 недель.
6. Услуги среднего медицинского персонала (в/м, в/в, подкожные инъекции, в/в инфузии, забор крови на анализы) – по назначению акушера-гинеколога.
7. Занятия психопрофилактической подготовки к родам - Посещение по направлению врача в срок 30-32 недели. Занятия проводятся специалистами ТОО ЦПС «Аист». Курс состоит из 4-х занятий: 2 занятия по психофизической подготовке беременных к родам, 2 занятия по вопросам грудного вскармливания и ухода за ребенком.

Секция 2. Родовспоможение

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

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

РАЗДЕЛ 5. СТРАХОВАНИЕ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Страховщик** – АО «Медицинская страховая компания «Архимедес Казахстан»
- 1.2. **Страхователь** – компания или физическое лицо (родитель Застрахованного), заключившее со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования;
- 1.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный, Выгодоприобретатель)** – ребенок в возрасте до 1 года, в чью пользу заключен Договор и кому непосредственно предоставляется Медицинское обслуживание.
- 1.4. **Медицинское обслуживание** - услуги по организации предоставления медицинских услуг, предоставлению медицинских услуг Застрахованному или продажа фармацевтических препаратов для Застрахованного Поставщиками медицинских услуг;
- 1.5. **Врожденные заболевания** – означают наследственные заболевания и пороки развития и заболевания и пороки развития, возникшие в течение внутриутробного развития.
- 1.6. **Врач** – означает специалиста с высшим медицинским образованием, имеющего лицензию на занятие частной медицинской практикой, либо работающего у Поставщика медицинских услуг;
- 1.7. **Договор** – означает Договор добровольного медицинского страхования, заключенный между Страховщиком и Страхователем в отношении медицинского страхования Застрахованных(ого) лиц(а);
- 1.8. **Программа страхования** – означает описание выбранного страхового покрытия, определяющего основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг, оказываемых Застрахованному. Программа страхования может включать все или отдельные разделы медицинского страхования.
- 1.9. **Страховая премия** - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем, за услуги по страхованию Застрахованных лиц в соответствии с выбранной Программой страхования;
- 1.10. **Поставщики медицинских услуг** – физические и юридические лица, имеющие соответствующие лицензии на оказание медицинских услуг или продажу фармацевтических препаратов в Республике Казахстан.
- 1.11. **Уполномоченные поставщики медицинских услуг** – поставщики медицинских услуг, заключившие договор со Страховщиком на Медицинское обслуживание Застрахованных лиц. Уполномоченные поставщики медицинских услуг также являются Выгодоприобретателями по договору страхования.
- 1.12. **Медицинская пластиковая карточка** – информационная карточка, выдаваемая Страховщиком родителю Застрахованного в соответствии с Договором страхования, на котором указан идентификационный номер, фамилия, имя и отчество Застрахованного, даты начала и окончания страховой защиты, а также телефоны колл-центра Страховщика. Медицинская пластиковая карточка подтверждает право Застрахованного лица на получение Медицинского обслуживания со стороны Уполномоченных поставщиков медицинских услуг и/или возмещение медицинских расходов в соответствии с Программой страхования Застрахованного лица;
- 1.13. **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы, определенной соответствующей Программой страхования Застрахованного лица при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора страхования;
- 1.14. **Страховой случай** - обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования к Поставщикам медицинских услуг за получением услуг, предусмотренных Программой страхования и возникновение подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание или расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию;
- 1.15. **Страховое покрытие** – условия осуществления страховой выплаты, предусмотренные Договором и соответствующей Программой страхования (в том числе страховая сумма – всего и по отдельным видам Медицинского обслуживания, франшизы - если применимо, и т.д.) и определяющие основные признаки Страхового случая.
- 1.16. **Страховая сумма (страховой лимит)** - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3. ЗАСТРАХОВАННЫЕ

- 3.1. Застрахованными могут быть дети в возрасте до 1 года.
- 3.2. Не подлежат страхованию дети с врожденными заболеваниями, а также с заболеваниями, указанными в п.3.3 и п.7 раздела 1 настоящих Правил страхования.
- 3.3. При выявлении заболевания или обстоятельств, указанных в п. 3.2 раздела 5 настоящих Правил, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц. При этом Страховщик имеет право удержать полностью оплаченную страховую премию (в случае сокрытия информации Страхователем или родителем Застрахованного о таком заболевании), либо произвести частичный возврат премии (в случае впервые диагностированного заболевания в период действия Договора страхования).

4. СТРАХОВАЯ СУММА

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

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 5.1. Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату. В соответствии с настоящими Правилами, Страховым случаем является предоставление медицинских услуг Застрахованному, предусмотренных Программой страхования, Поставщиками медицинских услуг и возникновение подлежащих финансированию со стороны Страховщика затрат на Медицинское обслуживание и/или подлежащих возмещению расходов на Медицинское обслуживание Застрахованного.
- 5.2. Не является Страховым случаем предоставление Застрахованному медицинских услуг:
 - 5.2.1. не предусмотренных Программой страхования и договором страхования;
 - 5.2.2. в медицинские учреждения, не предусмотренные Программой страхования, без предварительного согласования со Страховщиком;
 - 5.2.3. в связи с обстоятельствами, указанными в п. 6.2 и 6.3. раздела 1 настоящих Правил.
- 5.3. Договор добровольного медицинского страхования заключается по Программе страхования, предусматривающей конкретные условия страхового покрытия, основные признаки Страхового случая и страховые суммы (страховые лимиты) как в целом по договору страхования, так и по отдельным видам услуг. Указанные Программы страхования могут предусматривать предоставление Застрахованному лицу следующих видов медицинской помощи:
 - а. Амбулаторные услуги по патронажу детей в возрасте до 1 года;
 - б. Амбулаторно-поликлиническая помощь, помощь на дому при Заболевании;
 - с. Стационарная медицинская помощь при Заболевании;

- d. Скорая медицинская помощь;
Детальное описание вышеуказанных видов страхового покрытия приведено в Приложении 1 к разделу 5 настоящих Правил, которое является неотъемлемой частью настоящих Правил.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

- 6.1. Страховое покрытие не включает Заболевания, указанные в п. 7 раздела 1 настоящих Правил.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

- 7.1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятое им на себя обязательство осуществить страховую выплату при наступлении Страхового случая в порядке и в сроки, установленные договором страхования.
- 7.2. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования при заключении договора страхования или в рассрочку (уплата страховых взносов). Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ

- 8.1. Договор страхования заключается сроком до 365 дней с действием на территории Республики Казахстан.
- 8.2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан.
- 8.3. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил и/или сами Правила изложены в одном документе с договором либо приложены к нему. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении Правил в пределах, установленных законодательными и нормативными правовыми актами Республики Казахстан.
- 8.4. При наличии более одного Застрахованного лица Страхователем составляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме, который прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью.
- 8.5. В течение 7-ми рабочих дней после уплаты страховой премии (страхового взноса), при условии представления Списка Застрахованных, Страхователю передаются Медицинские пластиковые карточки (по количеству Застрахованных лиц) с приложением Правил страхования и Программ страхования.
- 8.6. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до наступления какого-либо события, предусмотренного п. 8.7 раздела 5 настоящих Правил.
- 8.7. Договор страхования прекращается в случаях:
- 8.7.1. истечения срока его действия;
 - 8.7.2. исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме (оплата стоимости медицинских услуг в размере страховой суммы);
 - 8.7.3. по достижению Застрахованным возраста 1 год, если Договором страхования не предусмотрено иное;
 - 8.7.4. смерти Застрахованного лица, если по договору страхования было застраховано только одно лицо;
 - 8.7.5. принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
 - 8.7.6. расторжения договора по соглашению сторон;
 - 8.7.7. расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;
 - 8.7.8. расторжения договора страхования по инициативе Страховщика в случаях:
 - неуплаты Страхователем страховой премии (ее очередного страхового взноса) в установленные сроки;
 - отказа Страхователя, уведомленного об увеличении стоимости медицинских услуг, от изменений условий договора или доплаты страховой премии по требованию Страховщика;

- установления факта передачи Застрахованным лицом Медицинской пластиковой карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по договору страхования;
 - в иных случаях, предусмотренных законодательством.
- 8.8. Возврат страховой премии (страховых взносов) за неистекший срок в случае досрочного прекращения договора страхования производится, если иное не предусмотрено в договоре, исходя из фактически поступившей по договору страхования суммы страховой премии (страховых взносов), за вычетом зарегистрированных страховых выплат, резерва на произошедшие, но не зарегистрированные страховые выплаты, и расходов на ведение дела.
- 8.9. О намерении досрочного прекращения договора страхования по основаниям, указанным в настоящих Правилах, стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, договор страхования считается расторгнутым по истечении 10-ти дней с момента направления уведомления о прекращении договора страхования другой стороне.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 9.1. Права и обязанности сторон устанавливаются в соответствии с п. 10 раздела 1 настоящих Правил.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 10.1. Значительным увеличением страхового риска является недоношенность, последствия перинатальных патологий, наличие фоновых заболеваний (анемия, рахит, гипотрофия, паратрофия и др.), отсутствие необходимых санитарно-гигиенических условий в месте проживания Застрахованного.
- 10.2. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска, либо вправе досрочно расторгнуть договор страхования в отношении Застрахованного с выявленным увеличением страхового риска в соответствии с п. 10.1 раздела 5 настоящих Правил.

11. ДЕЙСТВИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

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

12. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ. ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

- 12.1. Порядок предоставления документов для осуществления страховой выплаты, ограничения при осуществлении страховой выплаты, а также сроки и условия принятия решения об осуществлении страховых выплат определяется в соответствии с п. 13 и п. 14 раздела 1 настоящих Правил.
- 12.2. В случае получения Медицинского обслуживания Застрахованным на сумму, превышающую соответствующие страховые суммы и по соответствующим видам Медицинского обслуживания согласно Программе страхования Застрахованного, Страхователь (Застрахованный) обязан возместить Страховщику разницу в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате. В случае, если возмещение не получено в течение указанного выше срока, Страховщик имеет право приостановить организацию Медицинского обслуживания и осуществление страховых выплат в отношении такого Застрахованного до осуществления возмещения.
- 12.3. В случае получения Медицинского обслуживания до начала/после прекращения действия страховой защиты в отношении Страхователя (Застрахованного) либо не предусмотренных Программой страхования Застрахованного, Страхователь обязан возместить Страховщику указанные расходы в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

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

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

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

15. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

15.1. В настоящие Правила могут быть внесены изменения и дополнения в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 К РАЗДЕЛУ 4 СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

А. Патронаж новорожденных

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

- 1) Круглосуточная связь с диспетчерской службой
- 2) Медицинское обслуживание педиатров в поликлинике и на дому включающее в себя:
 - осмотр;
 - ведение амбулаторных карт;
 - постановку диагноза;
 - назначение лечения;
- 3) патронаж ребенка на дому, «День здорового ребенка» (рост, вес, окружность головы, грудной клетки):
 - до 1 месяца жизни - патронаж на дому в первые 3 дня после выписки из роддома; на 14-й день жизни; в 1 месяц патронаж в медицинском центре;
 - со 2 месяца по 12 месяц жизни - патронаж 1 раз в месяц в мед центре включая:
 - консультация невропатолога и хирурга-ортопеда – в возрасте 1 месяц;
 - консультация невропатолога – в возрасте 1 месяц;
 - общий анализ крови ОАК – в возрасте 1 месяц;
 - общий анализ мочи ОАМ – в возрасте 1 месяц;
 - консультация окулиста - в возрасте 6 месяцев;
 - УЗИ головного мозга – в возрасте 1 месяц
 - в возрасте 1 год – профилактический осмотр, включая следующих специалистов: ЛОР – врач; хирург; окулист; невропатолог; стоматолог – и лабораторные исследования: общий анализ крови (ОАК) общий анализ мочи (ОАМ); кал на яйца глист;
- 4) Курс массажа, назначенный по медицинским показаниям;
- 5) Вакцинация по следующему графику:
 - БЦЖ; ВГВ-1
 - В возрасте 0-4 дня: ОПВ-1*; АКДС-1; ВГВ-2; Хиб -1
 - В возрасте 2 месяца: ОПВ-2*; АКДС-2; Хиб-2
 - В возрасте 3 месяца: ОПВ-3*; АКДС-3; ВГВ-3; Хиб- 3
 - В возрасте 4 месяца: ОПВ-4*; Корь; Паротит; Краснуха

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

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

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

- 1) Предоставление медицинской помощи педиатрами на дому и в медицинском центре;
- 2) Консультации узких специалистов;
- 3) Организация госпитализации в случае необходимости.

РАЗДЕЛ 6. СТРАХОВАНИЕ РАСХОДОВ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Страховщик** – АО «Медицинская страховая компания «Архимедес Казахстан».
- 1.2. **Страхователь** – компания или физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования;
- 1.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный, Выгодоприобретатель)** – физическое лицо, в чью пользу заключен Договор медицинского страхования.
- 1.4. **Медицинское экспертиза** – проведение комплексной проверки поставленного врачом диагноза и назначенного врачом лечения, проводимого независимыми медицинскими экспертами (врачами), назначенными Страховщиком, государственным уполномоченным органом или судом.
- 1.5. **Врач** – означает специалиста с высшим медицинским образованием, имеющего лицензию на занятие частной медицинской практикой, либо работающего у Поставщика медицинских услуг;
- 1.6. **Договор** – означает Договор добровольного медицинского страхования, заключенный между Страховщиком и Страхователем в отношении медицинского страхования Застрахованных(ого) лиц(а);
- 1.7. **Страховая премия** - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем, за услуги по страхованию Застрахованных лиц;
- 1.8. **Поставщики медицинских услуг** – физические и юридические лица, имеющие соответствующие лицензии на оказание медицинских услуг или продажу фармацевтических препаратов в Республике Казахстан.
- 1.9. **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора страхования;
- 1.10. **Страховая сумма (страховой лимит)** - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь период действия Договора.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя, связанные с риском возникновения затрат на проведение медицинской экспертизы в случае судебных и внесудебных разбирательств с Поставщиками медицинских услуг по вопросам профессиональной ответственности таких поставщиков.

3. СТРАХОВАЯ СУММА

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

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 4.1. **Страховым случаем** является иск со стороны Застрахованного лица к Поставщику медицинских услуг по поводу предоставленных таким Поставщиком медицинских услуг. Такой иск может быть предоставлен как Страховщику, который оплатил данные услуги Поставщика медицинских услуг в рамках предоставленного страхового покрытия, так и в судебные органы Республики Казахстан. При наступлении страхового случая Страховщик обязуется оплатить расходы на проведение медицинской экспертизы услуг, предоставленных таким Поставщиком медицинских услуг, в рамках установленной страховой суммы.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

- 5.1. Страхование не включает иски, предъявляемые к физическим и юридическим лицам, не являющихся Поставщиками медицинских услуг в соответствии с определением, приведенном в настоящих Правилах.
- 5.2. Страхование не включает иски, не связанные с прямой профессиональной медицинской ответственностью таких Поставщиков (например, недостатки сервиса, порядком организации предоставления медицинских услуг и т.д.).
- 5.3. Страхование не включает стоимость медицинской экспертизы, организованной Страхователем (Застрахованным) самостоятельно, а также стоимость референс-исследований и консультаций.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: СРОК И МЕСТО ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ

- 7.1. Договор страхования заключается сроком на 1 год, если Договором не установлено иное, с действием на территории Республики Казахстан.
- 7.2. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Республики Казахстан.
- 7.3. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого ее страхового взноса и действует до наступления какого-либо события, предусмотренного п. 7.4 раздела 6 настоящих Правил.
- 7.4. Договор страхования прекращается в случаях:
 - 7.4.1. истечения срока его действия;
 - 7.4.2. исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;
 - 7.4.3. других случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 8.1. Права и обязанности сторон устанавливаются в соответствии с п. 10 раздела 1 настоящих Правил.

9. ДЕЙСТВИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 9.1. При наступлении страхового случая, Застрахованный обязан уведомить Страховщика или обратиться к Страховщику с иском (жалобой) к Поставщику медицинских услуг. Страховщик назначает медицинскую экспертизу, либо такая экспертиза должна быть назначена государственным органом или судом. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если медицинская экспертиза организована Страхователем (Застрахованным) самостоятельно.

10. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ. ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

- 10.1. Основанием для осуществления страховой выплаты Страховщиком являются следующие документы:
 - 10.1.1. иск (копия иска) Страхователя (Застрахованного) к Поставщику медицинских услуг, поданный Страховщику, в государственные или судебные органы Республики Казахстан;
 - 10.1.2. в случае, если медицинская экспертиза организована не Страховщиком – копии документов о назначении медицинской экспертизы и экспертов, выпущенных соответствующим государственным органом или судом;

10.1.3. в случае, если экспертиза организована не Страховщиком – документы, удостоверяющие стоимость проведения медицинской экспертизы.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 11.1. Споры, возникающие по Договору страхования, рассматриваются Сторонами путем переговоров.
- 11.2. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Республики Казахстан.

12. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 12.1. В настоящие Правила могут быть внесены изменения и дополнения в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.