

**БЕКІТІЛДІ:**

**«Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр) сақтандыру компаниясы» АҚ**

**Директорлар Кеңесінің шешімімен**

**2024 жылғы 30 сәуірдегі № 2-2024 хаттама**

**/Дөңгелек мөр: «Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр) сақтандыру компаниясы АҚ/**

---

*Қазақстан Республикасы, А26С7Х9, Алматы қ., Қарасай батыр көшесі, 34/95 үй*

*Телефон: (727) 2444-684, 2444-685, факс: (727) 291 67 23*



**«SINOASIA B & R» АҚ ЕРІКТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ  
ЕРЕЖЕЛЕРІ**

**Алматы қ., 2024 ж**

## **ЖАЛПЫ ЕРЕЖЕЛЕР**

Осы Сақтандыру ережелері Қазақстан Республикасының Азаматтық кодексіне және Қазақстан Республикасының «Сақтандыру қызметі туралы» Заңына сәйкес әзірленген. Осы Сақтандыру ережелерінде сипатталған сақтандыру түрі - Ерікті медициналық сақтандыру - келесі сақтандыру сыныптарын біріктіреді:

- Ауру жағдайына сақтандыру
- Жазатайым оқиғалардан сақтандыру
- Қауіпті аурулардан сақтандыру
- Басқа қаржылық шығындардан сақтандыру
- Сот шығындарынан сақтандыру

Сақтандыру ережелері I бөлімнің Жалпы ережелерінде көрсетілген әртүрлі сақтандыру сыныптарына (әртүрлі сақтандыру сыныптарының үйлесіміне) қатысты бөлімдерді қамтиды. «Sinoasia B&R» АҚ (бұдан әрі «Сақтандырушы») ерікті медициналық сақтандыру шеңберінде ұсынатын сақтандыру қамтуы Ережелерде қарастырылған сақтандыру қамтуының бір, бірнеше немесе барлық бөлімдерін қамтуы мүмкін. Сақтандыру қамтуы Сақтандырушы жасайтын ерікті медициналық сақтандыру шартымен анықталады.

Сақтандыру шарты жазбаша түрде жасалуы және Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасында көзделген мәміленің жарамдылық шарттарына сәйкес келуі тиіс. Ережелерде қамтылған және сақтандыру шартының мәтініне енгізілмеген шарттар, егер сақтандыру шартында мұндай Ережелерді қолдану тікелей көрсетілсе және Ережелер шартпен бір құжатта баяндалса немесе оған қоса берілсе, Сақтанушы (Сақтандырылған) үшін міндетті болып табылады. Сақтандыру шартын жасасу кезінде Сақтанушы мен Сақтандырушы Қазақстан Республикасының заңнамалық және нормативтік құқықтық актілерімен белгіленген шектерде Ережелердің жекелеген ережелерін өзгерту немесе алып тастау және Ережелерді толықтыру туралы келісуі мүмкін.

Сақтандыру шартында қамтылған ережелер сақтандыру ережелерінің тиісті ережелеріне қатысты басымдыққа ие.

## 1-БӨЛІМ. АУРУ ЖАҒДАЙЫНДА САҚТАНДЫРУ

### 1. АНЫҚТАМАЛАР

- 1.1. **Сақтандырушы** - «Sinoasia B & R» сақтандыру компаниясы» АҚ
- 1.2. **Сақтанушы** -Сақтандырушымен ерікті медициналық сақтандыру келісімшартын, ауру жағдайында ерікті сақтандыруды, міндетті медициналық сақтандыруды жасаған компания немесе жеке тұлға.
- 1.3. **Сақтандырылған тұлға (Сақтандырылған, Пайда алушы)** - келісімшарт жасалған және тікелей медициналық қызмет көрсетілетін жеке тұлға.
- 1.4. **Медициналық қызмет көрсету** - Сақтандырылған тұлғаға ауруға байланысты медициналық қызметтерді ұйымдастыру, медициналық көмек көрсету және/немесе фармацевтикалық препараттарды беру қызметтері;
- 1.5. **Дәрігер** - жоғары медициналық білімі бар, медициналық практикамен айналысуға лицензиясы бар немесе Медициналық қызметтер жеткізушісінде жұмыс істейтін маманды білдіреді;
- 1.6. **Шарт**- Сақтандырушы мен Сақтанушы арасында Ауру жағдайына және/немесе ерікті медициналық сақтандыруға қатысты Сақтандырылған тұлғаларға медициналық сақтандыру туралы жасалған Шартты білдіреді;
- 1.7. **Сақтандыру бағдарламасы**- Сақтандыру жағдайының негізгі белгілері мен сақтандыру сомаларын (сақтандыру лимиттерін) анықтайтын таңдалған сақтандыру қамтуының сипаттамасын білдіреді, бұл сақтандыру шарты бойынша жалпы және жеке қызмет түрлері немесе Аурулар бойынша. Сақтандыру бағдарламасы медициналық сақтандырудың барлық немесе жеке бөлімдерін қамтуы мүмкін.
- 1.8. **Сақтандыру сыйақысы** - Сақтанушының таңдалған Сақтандыру бағдарламасына сәйкес Сақтандырылған тұлғаларды сақтандыру қызметтері үшін Сақтандырушыға төлейтін сыйақысы;
- 1.9. **Медициналық қызметтер жеткізушілері** -Қазақстан Республикасында медициналық қызметтер көрсетуге немесе фармацевтикалық препараттарды сатуға тиісті лицензиялары бар жеке және заңды тұлғалар.
- 1.10. **Медициналық қызмет көрсетуші уәкілетті жеткізушілер (медициналық ассистанс)** – Сақтандырушының сақтандырылған тұлғаларға медициналық қызмет көрсету туралы келісімшарт жасасқан медициналық қызмет жеткізушілері. Медициналық қызмет көрсетуші уәкілетті жеткізушілер сақтандыру келісімшарты бойынша пайда алушылар болып табылады.
- 1.11. **Медициналық пластикалық карточка** - Сақтандырушының сақтандырылған тұлғаға сақтандыру келісімшартына сәйкес берілетін ақпараттық карточка, онда сақтандырылған тұлғаның идентификациялық нөмірі, тегі, аты және әкесінің аты, сақтандыру қорғауының басталу және аяқталу күндері, сондай-ақ Сақтандырушының колл-орталығының телефон нөмірлері көрсетілген. Медициналық пластикалық карточка сақтандырылған тұлғаның уәкілетті медициналық қызмет жеткізушілерінен медициналық қызмет алу және/немесе сақтандырылған тұлғаның сақтандыру бағдарламасына сәйкес медициналық шығындарды өтеу құқығын растайды. Медициналық пластикалық карточка тек сақтандырылған тұлғаның жеке куәлігін көрсеткенде ғана жарамды;
- 1.12. **Ауру** - Сақтандыру келісімшартының әрекет ету мерзімінде сақтандырылған тұлғаның денсаулық жағдайындағы кез келген анықталатын жағымсыз өзгеріс, бұл ерікті медициналық сақтандыру ережелерінде (бұдан әрі «Ережелер»), сақтандыру келісімшартында және сақтандырылған тұлғаның сәйкес сақтандыру бағдарламасында қарастырылған анықтамалар мен ерекшеліктерді ескере отырып анықталады.
- 1.13. **Созылмалы ауру** - Сақтандырылған тұлғаның денсаулық жағдайындағы жағымсыз өзгеріс, ол келесі белгілердің кем дегенде біреуіне ие:

- 1.13.1. тұрақты болып табылады және/немесе тұрақты диагноз қойылады;
- 1.13.2. ішінара еңбекке жарамсыздыққа әкеледі;
- 1.13.3. себебі қайтымсыз патологиялық өзгерістер болып табылады;
- 1.13.4. науқастың оңалту үшін арнайы режимді талап етеді;
- 1.13.5. ұзақ уақыт бойы бақылауды, қадағалауды немесе күтімді қажет етеді деп күтілуде.

1.14. **Сақтандыру төлемі** - Сақтандырушы тарапынан Сақтандырылған тұлғаның Сақтандыру бағдарламасымен анықталған сақтандыру сомасы шегінде сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары орын алған кезде төленетін ақша сомасы;

1.15. **Сақтандыру жағдайы** - Сақтандыру шартының әрекет ету мерзімінде Сақтандырылған тұлғаның Ауруға байланысты Сақтандыру бағдарламасында қарастырылған қызметтерді алу үшін Медициналық қызмет көрсетушілерге жүгінуі, сондай-ақ Аурудың алдын алу мақсатында Сақтандырушы тарапынан қаржыландырылатын Медициналық қызмет көрсету шығындарының немесе Сақтандырылған тұлғаның Медициналық қызмет көрсету шығындарының пайда болуы;

1.16. **Сақтандыру қамтуы**- Сақтандыру шарты мен сәйкес Сақтандыру бағдарламасында қарастырылған сақтандыру төлемін жүзеге асыру шарттары (соның ішінде сақтандыру сомасы - жалпы және Медициналық қызмет көрсетудің жекелеген түрлері бойынша, франшиза - егер қолданылса, және т.б.) және - Сақтандыру жағдайының негізгі белгілерін анықтайтын шарттар;

1.17. **Сақтандыру сомасы (сақтандыру лимиті)** - Сақтандырушының сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары туындаған кезде келісімшарттың бүкіл мерзімі ішінде жауапкершілігінің шекті көлемі.

1.18. **Отбасы мүшелері** - Сақтандырылған адамның тікелей туыстары: 65 жасқа дейінгі жұбайы (жұбайы) және 18 жасқа дейінгі балалары.

## 2. САҚТАНДЫРУ НЫСАНЫ

2.1. Ерікті медициналық сақтандыру нысаны Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келмейтін, медициналық көмек алу шығындарының туындау қаупімен байланысты Сақтандырылған тұлғаның (Сақтандырылғанның) мүліктік мүдделері болып табылады.

## 3. САҚТАНДЫРЫЛҒАНДАР

3.1. Сақтандырылғандар 1 жастан 65 жасқа дейінгі адамдар болуы мүмкін, егер Сақтандыру келісімшартында өзгеше көрсетілмесе.

3.2. Сақтандыруға жатпайтын адамдар:

- 3.2.1. кез келген ауру бойынша I - II топтағы мүгедектер, балалық шақтан мүгедектер;
- 3.2.2. наркологиалық, психоневрологиялық, туберкулездік және тері-венерологиялық диспансерлерде есепте тұрады;
- 3.2.3. сақтандыру келісімшартын жасасу кезінде кез келген ауру бойынша ауруханаға жатқызылған;
- 3.2.4. сақтандыру келісімшартын жасасу күніне келесі аурулары бар;
- 3.2.5. кәсіби аурулар;
- 3.2.6. радиациялық, ӨЖЖ және СЖЖ зақымданулар;
- 3.2.7. жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары: Абрамов-Фидлер миокардиті, кардиомиопатиялар, НК ПБ-III жүрек-қан тамыр аурулары;
- 3.2.8. қан аурулары: гемобластоздар, апластикалық және гипопластикалық анемиялар;
- 3.2.9. эндокриндік жүйе аурулары: Иценко-Кушинг синдромы және ауруы, феохромоцитом, туа біткен гипотиреоз, гипофизарлық нанизм;
- 3.2.10. ревматикалық аурулар: ДБТА (диффузды дәнекер тін аурулары); Шегрен синдромы, Шарп синдромы, Рейтер ауруы, жүрекке әсер ететін ревматизм (қан айналымының жеткіліксіздігіне әкелетін ақаулар НК ПБ-III); буын функциясының

бұзылуымен ревматоидты артрит I, III дәрежесі; жүйелі васкулиттер: Вегенер гранулематозы, түйіндік периартериит;

3.2.11. бүйрек аурулары: амилоидоз, созылмалы гломерулонефрит; созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі II-III дәрежесі;

3.2.12. тыныс алу жүйесінің аурулары: Гудпасчер синдромы;

3.2.13. тұқым қуалайтын аурулар, туа біткен даму ақаулары;

3.2.14. Орталық жүйке жүйесінің аурулары: ми қан айналымының өткір бұзылуының салдары, гидроцефалия;

3.2.15. АИТВ жұқтырғандар (ЖИТС);

3.2.16. қатерлі, соның ішінде онкогематологиялық жаңа түзілістер;

3.2.17. жұқпалы аурулар;

3.3. I бөлімнің 3.2-тармағында көрсетілген ауруларды емдеуге арналған шығындар Сақтандырушы тарапынан өтелмейді. 3.4. Сақтанушы (сақтандырылған) сақтандыру келісімшартын жасасу кезінде сақтандырылған тұлғаның бұрын анықталған аурулары туралы ақпаратты жасыру фактісі анықталған жағдайда, Сақтандырушы мұндай тұлғаларға қатысты жасалған Сақтандыру келісімшартын мерзімінен бұрын бұзуға құқылы.

3.5. Егер осы баптың 3.2-тармағында көрсетілген аурулар Сақтандырылған тұлғада алғаш рет Сақтандыру шартының әрекет ету кезеңінде анықталса, Сақтандырушы осы ауру бойынша Сақтандырылған тұлға көтерген шығындарды тек амбулаторлық-поликлиникалық тексеру кезінде диагноз қойылғанға дейін немесе аурудың диагнозы алғаш рет қойылған шұғыл және (немесе) емдік көрсеткіштер бойынша стационарлық емдеу курсы аяқталғанға дейін өтейді. Мұндай Сақтандырылған тұлғаларға қатысты Сақтандыру шарты өз әрекетін жалғастырады. Бұл ретте осы баптың 3.3-тармағында көрсетілген ауруларды емдеуге байланысты кейінгі шығындар Сақтандырушы тарапынан өтелмейді.

#### **4. САҚТАНДЫРУ СОММАСЫ**

4.1. Сақтандыру соммасы (сақтандыру лимиті) - Сақтандыру шартымен анықталған ақша сомасы, оның шегінде Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асыруға міндеттенеді және ол сақтандыру сыйақысының мөлшерін анықтаудың негізі болып табылады.

4.2. Сақтандыру соммасы - Сақтандыру шартының әрекет ету кезеңінде сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары туындаған кезде Сақтандырушының жауапкершілігінің шекті көлемі болып табылады, ол Сақтанушы мен Сақтандырушы арасындағы келісім бойынша әрбір Сақтандырылған тұлға үшін таңдалған Сақтандыру бағдарламасына сәйкес жеке анықталады.

4.3. Сақтандыру сомасы бүкіл Сақтандыру келісімшарты бойынша да, жеке қызмет түрлері және/немесе Аурулар бойынша да, әрбір Сақтандырылған тұлға үшін де, жалпы Сақтандырушы үшін де, Сақтандыру келісімшартының шарттарына және таңдалған Сақтандыру бағдарламасына сәйкес белгіленуі мүмкін.

4.4. Келісімшарт мерзімі ішінде сақтандыру сомасы тараптардың келісімі бойынша Сақтандыру келісімшартына қосымша келісім жасау арқылы өзгертілуі мүмкін.

#### **5. МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР**

5.1. Медициналық көрсеткіштер - Ауруды диагностикалау және емдеу бойынша медициналық қызметтерді алу үшін объективті себептер мен жағдайлар.

5.2. Медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер медициналық көрсеткіштерге сәйкес тағайындалған болып саналады, егер бұл медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер сақтандырылған адамның ауруын диагностикалау және/немесе емдеу үшін қажетті және жеткілікті болса. 5.3. Медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер медициналық көрсеткіштерге сәйкес тағайындалған болып саналмайды, егер бұл медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер:

- 5.3.1. мұндай ауруды диагностикалау және/немесе емдеу үшін қолданыстағы стандарттар мен протоколдарға сәйкес қажетті болмаса;
- 5.3.2. диагностикалау және/немесе емдеу үшін қолданыстағы стандарттар мен протоколдарға сәйкес талап етілгеннен артық көлемде (интенсивтілігі, саны немесе ұзақтығы бойынша) тағайындалса;
- 5.3.3. эксперимент немесе ғылыми-зерттеу жұмыстары аясында тағайындалса.
- 5.4. Шұғыл медициналық көрсеткіштер - медициналық көмек дереу көрсетілуі тиіс жағдайлар, себебі медициналық көмектен бас тарту немесе кешіктіру Сақтандырылған адамның денсаулық жағдайында ауыр және/немесе қайтымсыз теріс өзгерістерге, тіпті өлімге әкелуі мүмкін. Шұғыл медициналық көрсеткіштер (жағдайлар) мыналар болып табылады:
- 5.4.1. жедел ауырсыну (іштің ауыруы, жүрек аймағындағы ауырсыну);
  - 5.4.2. 38С-тан жоғары гипертермия;
  - 5.4.3. абсцестер, панарицийлер, хирургиялық араласуды қажет ететін басқа да ірінді процестер;
  - 5.4.4. ес-түссіз күй;
  - 5.4.5. айқын қан жоғалтумен бірге жүретін сыртқы қан кетулер, сондай-ақ ішкі қан кетулер мен ағзаларға қан құйылулар;
  - 5.4.6. күйіктер мен үсік шалу;
  - 5.4.7. жарақаттар;
  - 5.4.8. уланулар;
  - 5.4.9. жедел аллергиялық реакциялар (Квинке ісінуі, Лайелл синдромы, Стивенс-Джонсон синдромы, есекжем);
  - 5.4.10. құрысу;
  - 5.4.11. жедел хирургиялық жағдайлар;
  - 5.4.12. жедел бүйрек жеткіліксіздігі;
  - 5.4.13. жедел бауыр жеткіліксіздігі;
  - 5.4.14. жедел ми жеткіліксіздігі;
  - 5.4.15. жедел тыныс алу жеткіліксіздігі;
  - 5.4.16. жедел жүрек-қан тамыр жеткіліксіздігі;
  - 5.4.17. жедел миокард инфаркті;
  - 5.4.18. гипертониялық криз; асқынған гипертониялық криз, онда жоғары қан қысымында келесі жағдайлар диагноз қойылады:
    - жедел гипертониялық энцефалопатия;
    - ми қан айналымының жедел бұзылуы;
    - сол жақ қарыншаның жедел жеткіліксіздігі (жүрек астмасы, өкпе ісінуі);
    - жедел коронарлық синдром (миокард инфаркті, тұрақсыз стенокардия);
    - аортаның қабаттасқан аневризмасы;
    - ауыр артериялық қан кету;
    - эклампсия.
  - 5.4.19. тұрақсыз стенокардия;
  - 5.4.20. кез келген этиологиядағы шок.
- 5.5. **Емдеу көрсеткіштері** - жедел медициналық көмек қажет етпейтін Ауруларды диагностикалау және/немесе емдеу қажет болатын медициналық көрсеткіштер (І бөлімнің 5.4-тармағында жедел көрсеткіштер ретінде көрсетілмеген жағдайлар).
- 5.6. Ауруды стационарлық емдеу кезінде Сақтандырушы тек осы Аурумен немесе оның салдарымен байланысты диагностикалау және/немесе емдеу шығындарын жабады. Сақтандырушы басқа ауруларды қосымша диагностикалау және қатар жүретін немесе қосымша анықталған ауруларды емдеу, сондай-ақ жоғары жайлылықтағы палаталарда орналастыру үшін қосымша шығындарды жаппайды.

## 6. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫ

6.1. Сақтандыру оқиғасы - сақтандыру шартымен қарастырылған, орын алған оқиға, оның нәтижесінде Сақтандырушының сақтандыру төлемін жасау міндеттемесі туындайды. Осы Ережелерге сәйкес, Сақтандыру оқиғасы - Сақтандыру шартының әрекет ету мерзімі ішінде Сақтандырылған тұлғаның Ауруға байланысты және/немесе Аурудың алдын алу мақсатында медициналық көмек немесе қызметтер алу үшін Медициналық қызметтер жеткізушілеріне жүгінуі және Сақтандырушы тарапынан қаржыландырылуға жататын Медициналық қызмет көрсету шығындарының және/немесе Сақтандырылған тұлғаның Медициналық қызмет көрсету бойынша өтелуге жататын шығындарының туындауы.

6.2. Сақтандыру жағдайы болып табылмайды Сақтандырылған тұлғаның медициналық қызметтер алу үшін жүгінуі:

- сақтандыру келісімшартында қарастырылмаған;
- Сақтандыру бағдарламасында қарастырылмаған медициналық мекемелерге, Сақтандырушының алдын ала келісімінсіз;
- Сақтандырылған тұлғаның алкогольдік, есірткілік немесе токсикалық мас күйінде кез келген көлік құралын басқару кезінде жарақат алуы, сондай-ақ көлік құралын алкогольдік, есірткілік немесе токсикалық мас күйіндегі адамға басқаруға беру кезінде;
- Сақтандырылған тұлғаның өзіне қасақана дене жарақатын келтіруіне, суицид әрекеттеріне байланысты, егер Сақтандырылған тұлға үшінші тұлғалардың заңсыз әрекеттерімен осындай жағдайға жеткізілмеген болса.

6.3. Сақтандыру жағдайы болып танылмайды, егер Сақтандырылған тұлға медициналық қызметтерге жүгінсе, олардың қажеттілігі келесі жағдайлардың нәтижесінде туындаса:

- ядролық жарылыс, радиация немесе радиоактивті ластанудың әсері;
- өндірістік және басқа да объектілердегі апаттар, жаппай зақымдануларға әкелген;
- әскери әрекеттер, сондай-ақ маневрлер немесе басқа да әскери шаралар;
- азаматтық соғыс, халықтық толқулар және ереуілдер, әскери және азаматтық билік органдарының төтенше немесе ерекше жағдай енгізуі;
- табиғи апаттар (су тасқыны, өрт, жер сілкінісі және басқа да табиғи апаттар).

6.4. Ерікті медициналық сақтандыру шарты сақтандыру бағдарламасы бойынша жасалады, ол сақтандырудың нақты шарттарын, сақтандыру жағдайының негізгі белгілерін және сақтандыру сомаларын (сақтандыру лимиттерін) сақтандыру шарты бойынша жалпы және жеке қызмет түрлері немесе аурулар бойынша қарастырады. Аталған сақтандыру бағдарламалары сақтандырылған тұлғаға келесі медициналық көмек түрлерін ұсынуды қарастыруы мүмкін:

- a) Амбулаторлық-поликлиникалық көмек, үйде көмек көрсету;
- b) Стационарлық медициналық көмек;
- c) Жедел медициналық көмек;
- d) Реабилитациялық-қалпына келтіру емі;
- e) сондай-ақ осы Ережелердің 2-4 бөлімдеріне сәйкес шығындарды жабу немесе қызметтерді ұсыну.

## **7. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАЛАРЫНАН ШЫҒАРЫП ТАСТАУЛАР ЖӘНЕ САҚТАНДЫРУ ШЕКТЕУЛЕРІ**

7.1. Сақтандыру бағдарламасында өзгеше көрсетілмесе, Сақтандыру шартының талаптарына сәйкес Ауру және/немесе Сақтандыру оқиғасы болып табылмайды:

7.1.1. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 14 қазандағы № 526 бұйрығымен бекітілген «Денсаулық сақтау мемлекеттік емес секторында емдеуге тыйым салынған аурулар тізбесі», сондай-ақ № ҚР ДСМ-108/2020 бұйрығымен бекітілген «Әлеуметтік маңызы бар аурулар тізбесі» көрсетілген аурулар

- 1) карантиндік инфекциялар: шешек, полиомиелит (жабайы полиовирус тудырған), адамның тұмауы (жаңа қосалқы түрі тудырған), ауыр жедел респираторлық синдром (ТОРС), холера, оба, сары безгек, Ласса безгегі, Марбург вирусы тудырған ауру, Эбола вирусы тудырған ауру, Батыс Ніл безгегі, денге безгегі, Рифт-Валли безгегі (Рифт аңғары), менингококк инфекциясы; Covid-19; 2) ерекше қауіпті инфекциялар: АИТВ инфекциясы (ЖИТС), Қырым геморрагиялық безгегі, бүйрек синдромымен геморрагиялық безгек, лепра, құтыру, лептоспироз, листериоз, туберкулез, туляремия, бруцеллез, күйдіргі, аусыл;
  - 3) паразитарлық аурулар: эхинококкоз, безгек, қышыма және т.б.;
  - 4) ауа-тамшылы инфекциялар: дифтерия, көкжөтел, қызылша, қызамық, эпидемиялық паротит, дифтерия қоздырғышын тасымалдау, туа біткен қызамық инфекциясы (туа біткен қызамық синдромы), гемофильді инфекция, сіреспе;
  - 5) жедел инфекциялық аурулар: жедел вирустық гепатиттер, іш сүзегі және паратифтер А, В, С, сальмонеллездер, дизентерия, иерсиниоз, риккетсиоздар, кене вирусы энцефалиті;
  - 6) жыныстық жолмен берілетін аурулар (мерез, гонорея және т.б.).
  - 7) қатерлі ісіктер, соның ішінде онкогематологиялық;
  - 8) психикалық аурулар (сондай-ақ психикалық табиғаттағы ауруларға байланысты пайда болған жарақаттар мен соматикалық аурулар), эпилепсия;
  - 9) наркологиалық аурулар (нашақорлық, токсикомания, алкоголизм);
  - 10) 1-типті қант диабеті;
  - 11) дерматомиозит, склеродермия, ЖҚЖ (жүйелі қызыл жегі), Бехтерев ауруы;
  - 12) жүйке жүйесі мен бұлшықеттердің тұқым қуалайтын-дегенеративті аурулары (Паркинсон ауруы, Гентингтон хорейасы, миастения, миопатия, Пьер-Мари тұқым қуалайтын мишықтық атаксиялары, Фридрейх ауруы, прогрессивті бұлшықет дистрофиясы, невральды амиотрофиялар; гепато-церебральды дистрофия (Вильсон-Коновалов ауруы); 13) жүйке жүйесінің демиелинизациялайтын аурулары (Альцгеймер ауруы, шашыранды склероз, синрингомиелия, БАС – бүйірлік амиотрофиялық склероз); балалар церебральды сал ауруы;
  - 14) фенилкетонурия; муковисцидоз; туа біткен ихтиоз;
  - 15) бронх демікпесі;
- 7.1.2. паразиттік және жұқпалы аурулар (гельминтоздар): аскаридоз, лямблиоз, анкилостомидоз, описторхоз, цестодоздар, демодекоздар және т.б.;
  - 7.1.3. миокард инфарктынан кейінгі оңалту жағдайы;
  - 7.1.4. қатерсіз және қатерлі жаңа түзілістер, соның ішінде кисталар, полиптер, папилломалар, миомалар, кондиломалар және т.б. және гиперпластикалық процестер (аденоидтық өсу, жатыр мойны эрозиясы, соның ішінде псевдоэрозия, лейкоплакия, эндометриоз және т.б.);
  - 7.1.5. созылмалы тері аурулары: микоздар, псориаз, нейродермит атопиялық дерматит, алопеция, туа біткен ихтиоз, витилиго, безеу ауруы, сондай-ақ кез келген түрдегі/формасындағы лишай, нозологияға қарамастан;
  - 7.1.6. микоздар, антибиотикотерапияның жақында өткенінен туындаған микоздардан басқа, сондай-ақ ауыз қуысының шырышты қабықтары, ЛОР мүшелері, өкпе микозы, асқазан-ішек жолдарының кандидозы;
  - 7.1.7. Жыныстық жолмен берілетін ауруларды (ЖЖБА) (ИФА, ПТР және РИФ) диагностикалау және емдеу, соның ішінде: гонорея, сифилис, жұмсақ шанкр, шап гранулемасы, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирус инфекциясы, жыныстық герпес, уреоплазмоз, гарднереллез, кандидоздар және т.б.;



- 7.1.8. ішек аурулары: Крон ауруы, спецификалық емес жаралы колит, дисбактериоздар, целиакия, созылмалы энтерит және т.б.;
- 7.1.9. сүйек-бұлшықет жүйесінің ауруларын диагностикалау және емдеу (сколиоздар, кифоздар, лордоздар, жалпақ табандық және т.б.);
- 7.1.10. остеохондрозды стационарлық емдеу, хирургиялық көрсеткіштер бойынша стационарлық емдеуден басқа;
- 7.1.11. көз аурулары: миопия, астигматизм, гиперметропия, катаракта, глаукома, ретинопатиялар, аккомодацияның спазмы, көз жарақатының алыстағы салдары ретінде тор қабықтың ажырауы, қабақ массажы және көз алмасын биостимуляциялау қызметтері. Көруді хирургиялық түзетуге, соның ішінде лазерді қолдануға байланысты шығындар, офтальмологияда аппараттық-бағдарламалық кешендерді қолдануға байланысты манипуляциялар;
- 7.1.12. медициналық (қалпына келтіру) операциялар; косметологиялық емдеу және басқа емдеу түрлері, сыртқы келбет кемшіліктерін немесе дене аномалияларын жоюмен байланысты шығындар, соның ішінде косметикалық және емдік мақсаттағы ринопластика; салмақ пен дене пішінін түзетуге байланысты медициналық шығындар; жынысты хирургиялық өзгертуге байланысты шығындар және т.б.;
- 7.1.13. тамақтану бұзылыстары мен зат алмасу бұзылыстарын диагностикалау және емдеу: семіздік, несеп қышқылы диатезі, подагра, дистрофия және т.б.;
- 7.1.14. эндокриндік ауруларды диагностикалау және емдеу: қалқанша безінің аурулары, соның ішінде гипотиреоз, гипертиреоз, эндемиялық зоб және олардың салдары (эндокринологтың алғашқы кеңесі мен диагноз қойылғанға дейінгі бір реттік зерттеулерден басқа); глюкозаға төзімділіктің бұзылу синдромы, қант диабеті I - II типі, қантсыз диабет. Аддисон ауруы, созылмалы гипокортицизм,
- 7.1.15. ревматикалық ауруларға жататын аурулар: жүйелі қызыл жегі, түйіндік периартериит, жүйелі склеродермия, Бехтерев ауруы, Шагрен ауруы, полиоостеоартроз, спондилез, ревматоидты артрит; полиартрит, ДОА (деформациялаушы остеоартроз) ревматизм, жүйелі васкулит, микрокристалды артрит (мысалы, подагра) және Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымының ревматикалық аурулардың жұмыс классификациясына сәйкес ревматикалық ауруларға жататын басқа аурулар;
- 7.1.16. сүйек жүйесінің аурулары (остеопороз, өкше шпоруы, дисплазиялар, созылмалы остеомиелиттер және т.б.);
- 7.1.17. аутоиммунды аурулар (АИТ (зоб), АИГ (гепатит), АИ қан аурулары және т.б.);
- 7.1.18. несеп-жыныс жүйесінің аурулары: бүйрек және аналық бездердің поликистозы; созылмалы гломерулонефрит, ХБЖ 2-3 сатысы, бүйрек амилоидозы, нефроангиосклероз, гидронефроз, бүйрек және несеп шығару жолдарының туа біткен аномалиялары, кез келген шығу тегі энурездер);
- 7.1.19. простатиттерді диагностикалау және емдеу (урологтың алғашқы кеңесін және диагноз қоюға қажетті минималды зерттеулерді қоспағанда), қуық асты безінің аденомасы, урологиялық массаж;
- 7.1.20. бедеулікті, етеккір циклінің бұзылуын, потенцияның бұзылуын, климаксты диагностикалау және емдеу, барлық контрацепция әдістері; генетикалық зерттеулермен және(немесе) отбасы жоспарлауға қатысты басқа қызметтермен байланысты медициналық шығындар;
- 7.1.21. тыныс алу жүйесінің созылмалы аурулары: бронхиалды астма, бронхоэктазиялық ауру, СОӨА (созылмалы обструктивті өкпе ауруы), өкпе эмфиземасы және тыныс алу жеткіліксіздігінің 2-3 сатысындағы басқа созылмалы өкпе аурулары;

- 7.1.22. жүрек-қан тамыр жүйесінің созылмалы аурулары, ІІБ - ІІІ сатыдағы қан айналымының жеткіліксіздігі;
- 7.1.23. бауыр аурулары: бауыр циррозы, кез келген этиологиядағы созылмалы гепатиттер, стеатогепатоз;
- 7.1.24. созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі және созылмалы бауыр жеткіліксіздігі, сондай-ақ гемодиализ және басқа да экстракорпоральды емдеу әдістерін қажет ететін басқа да ағзалар мен тіндердің аурулары: плазмаферез және гемосорбция, қанның УФО, лазерлік қан сәулелендіру (БЛОК);
- 7.1.25. орталық жүйке жүйесінің аурулары: ми қан айналымының бұзылуынан кейінгі жағдайлар және оның салдары;
- 7.1.26. созылмалы тамыр аурулары: төменгі аяқтың варикозды кеңеюі, варикоцеле, тік ішектің варикозды кеңеюі - хирургиялық емдеуді қажет етеді; аневризма, Такаясу ауруы (нақты емес аортоартериит), Бюржер ауруы (облитерациялаушы тромбангиит), облитерациялаушы эндоартериит, облитерациялаушы атеросклероз Вегенер синдромы;
- 7.1.27. ремиссия кезеңіндегі (өршу кезеңінен тыс) созылмалы ауруларды емдеуге байланысты медициналық шығындар;
- 7.1.28. сақтандыру кезеңі басталғанға дейін пайда болған аурулар мен олардың салдары;
- 7.1.29. көрінетін тұқым қуалайтын патологияны (ергежейлілік, жеделдетілген жыныстық жетілу), тұқым қуалайтын, гендік, хромосомалық ауруларды және туа біткен және жүре пайда болған даму ақауларын, БЦА диагностикасы және емдеу;
- 7.1.30. Юникап аппараты арқылы диагностика жасау және аллергиялық созылмалы ауруларды өршу кезеңінен тыс емдеу, аллергодиагностика, аллергиялық ауруларды арнайы гипосенсибилизация әдісімен емдеу бойынша медициналық шығындар
- 7.1.31. респираторлық аллергоздардың ремиссия кезеңінде қолданылатын терапиялық әдістер (мысалы, арнайы гипосенсибилизация, гистаминотерапия және вегетотропты терапия әдістері);
- 7.1.32. фармакопрепараттарды қолдану, амбулаторлық және стационарлық емдеу, иммунограмма, ИФА диагностикасы, аллергиялық аурулардың клиникалық-зертханалық ремиссия кезеңіндегі физиотерапиялық процедуралар;
- 7.1.33. диагностика мен емдеудің дәстүрлі емес әдістері: иридодиагностика, аурикулодиагностика, су процедуралары, құрғақ және суасты тарту, балшықпен емдеу, аутогемотерапия, гипербарикалық оксигенация (ГБО), вакуумдық терапия, мануалды терапия, ине терапиясы рефлексотерапия, шөппен емдеу, барокамерада емдеу, флотинг - ванналар, еңбек терапиясы, Фолль бойынша зерттеу, ИФС, биорезонанстық терапия, инерефлексотерапия, УВТ және т.б., гомеопатия, ішек суару және інжу ванналар;
- 7.1.34. Ауруға байланысты медициналық көрсеткіштер бойынша тағайындалмаған немесе бір курста бір аймақтан артық жүргізілетін массаж;
- 7.1.35. Организмнің жасқа байланысты дегенеративті өзгерістері;
- 7.1.36. Коррекциялық техниканы (көзілдірік, линза, протезді-ортопедиялық бұйымдар, есту аппараттары және т.б.) таңдау, сатып алу және жөндеу;
- 7.1.37. Трансплантация немесе имплантация, немесе протездеу қажет ететін органдар мен тіндердің аурулары, соның ішінде эндопротездеу, реконструктивті операциялар, органдар мен тіндерді ауыстыру операциялары, сондай-ақ мұндай операциялардың салдары;
- 7.1.38. коронарография жүргізуге байланысты медициналық шығындар; сондай-ақ жүрекке жасалатын хирургиялық араласулар (аортокоронарлық шунттау, стенттеу, ИВР орнату және т.б.);

- 7.1.39. жүктілік пен босануды жүргізуге байланысты кеңестер мен барлық зертханалық-аспаптық тексеру әдістері, егер олар сақтандыру бағдарламасына кірмесе;
- 7.1.40. стерилизация жүргізуге байланысты шығындар, жүктілікті үзуге байланысты (медициналық және медикаментозды аборттар), сақтандырылған адамның өміріне тікелей қауіп төндіретін жағдайлардан басқа. Мұндай манипуляциялардың салдары мен асқынулары;
- 7.1.41. сақтандыру бағдарламасында өзгеше көзделмесе, 1 (бір) жасқа дейінгі баланы патронаждау;
- 7.1.42. Ата-ананың еңбекке жарамсыздық парағын және/немесе балаға күтім жасау үшін еңбекке жарамсыздық парағын беру, егер ата-ана немесе бала сақтандырылмаған болса;
- 7.1.43. Репродуктивті функцияға жауап беретін жыныстық гормондардың деңгейін анықтау мақсатында ИФА, ПТР және РИФ диагностикалық әдістерімен байланысты медициналық шығындар;
- 7.1.44. Сақтандыру бағдарламасында қарастырылмаған жағдайда компьютерлік томография (КТ), магнитті-резонанстық томография (МРТ, ЯМРТ) әдістерімен байланысты диагностикалық тексерулерге арналған медициналық шығындар;
- 7.1.45. Сақтандыру бағдарламасында қарастырылмаған жағдайда протездеу, ортопедияға дайындық, косметология (ағарту, тазалау және тіс шөгінділерін алу), ортодонтия бойынша стоматологиялық шығындар;
- 7.1.46. психолог пен психотерапевт қызметтерімен байланысты медициналық шығындар;
- 7.1.47. кәсіби аурулар (өндірістік ортаның қолайсыз факторларының әсерінен пайда болған аурулар:)
- 7.1.48. әскери әрекеттердің немесе сақтандырылған тұлғаның қоғамдық тәртіпсіздіктерге, ереуілдерге, халық толқуларына, табиғи апаттарға тікелей қатысуының нәтижесінде пайда болған аурулар немесе жазатайым оқиғалар;
- 7.1.49. алкогольдік немесе есірткілік, психотроптық масаңдықтың салдарынан болған жарақат, ауру, денсаулық жағдайының нашарлауы, дәрігердің нұсқауы бойынша жоғары және орташа концентрациядағы алкоголь немесе есірткілік және психотроптық заттарды қолдануды қоспағанда;
- 7.1.50. әдейі дене жарақатын келтіру, оның ішінде өз-өзіне қол жұмсауға әрекет жасау;
- 7.1.51. кәсіби немесе әуесқой спортпен айналысу нәтижесінде пайда болған аурулар немесе жарақаттар, оның ішінде альпинизммен, спелеологиямен айналысу, ат жарыстарына, автожарыстарға қатысу, ұшу аппаратын басқару, әртүрлі сынақтарға қатысу;
- 7.1.52. жедел және созылмалы сәулелік ауру;
- 7.1.53. оқуға, мектепке дейінгі және мектеп мекемелеріне, жұмысқа немесе әскери қызметке қабылдану үшін, спорттық іс-шараларға қатысу үшін, басқа мемлекетке кіруге рұқсат алу үшін, көлік құралын басқаруға, қару ұстауға рұқсат алу үшін, әскери қызметтен кейінге қалдыру немесе босату үшін, спорттық (сауықтыру) ұйымдарға, іс-шараларға қатысу үшін анықтама алу үшін медициналық комиссиядан (медициналық тексеруден) өтуге байланысты медициналық шығындар;
- 7.1.54. сақтандыру бағдарламасында өзгеше көзделмесе, алдын алу және жоспарлы емдеу ауруларына байланысты шығындар;
- 7.1.55. алдын алу, емдеу көрсеткіштері үшін медициналық бұйымдарды сатып алу (маскалар, ингаляторлар, термометрлер, бинттер, мақта, лейкопластырьлар, клизмалар және т.б.), сондай-ақ медициналық мақсаттағы дәрілік емес құралдарды сатып алу (шприцтер, жүйелер, кез келген көрсеткіштер бойынша

веноздық катетерлер; шұғыл көрсеткіштер бойынша қажетті пластиналар, спицтер, бұрандалар, гипс қоспағанда);

7.1.56. Қазақстан Республикасының заңнамалық актілерінде көзделген басқа жағдайларда.

7.2. Сақтандыру қамтуына кірмейді (Сақтандыру жағдайы болып табылмайды) келесі медициналық препараттарды сатып алу:

7.2.1. контрацептивтік препараттар (емдік көрсеткіштер бойынша тағайындалған жағдайларды қоспағанда); 7.2.2. поливитаминдер (венаға және бұлшықетке енгізілетін витаминдерді қоспағанда); 7.2.3. туберкулезді емдеуде қолданылатын туберкулезге қарсы препараттар (барлық басқа антибиотик топтарына аллергия болған жағдайларды қоспағанда);

7.2.4. биологиялық белсенді қоспалар (ББК);

7.2.5. гомеопатиялық препараттар;

7.2.6. анорексанттық құралдар;

7.2.7. косметикалық және гигиеналық құралдар;

7.2.8. биологиялық стимуляторлар;

7.2.9. энзимдер (ас қорыту ферменттерінен басқа);

7.2.10. антидепрессанттар, ноотроптар.

7.3. Сақтандыру бағдарламасында осы Ережелердің I бөлімінің 7.1 және 7.2-тармақтарында көрсетілген кейбір ерекшеліктерді Сақтандыру қамтуына қайта қосу немесе Сақтандыру қамтуынан қосымша ерекшеліктерді қарастыру мүмкіндігі қарастырылуы мүмкін.

## **8. САҚТАНДЫРУ СЫЙАҚЫСЫ**

8.1. Сақтандыру сыйақысы - Сақтандырушының Сақтандыру жағдайы туындаған кезде сақтандыру төлемін жүзеге асыру міндеттемесін қабылдағаны үшін Сақтандырушыға төлеуге міндетті сақтандыру төлемі. 8.2. Сақтандыру жарнасы - сақтандыру сыйақысын бөліп төлеу кезінде - Сақтандырушы төлейтін сақтандыру сыйақысының бір бөлігі.

8.3. Сақтандыру келісімшарты бойынша сақтандыру сыйақысының мөлшері Сақтандырушы таңдаған Сақтандыру бағдарламаларына, сақтандыру сомасының көлеміне және сақтандыру мерзіміне байланысты. 8.4. Сақтандыру сыйақысы Сақтандырушы тарапынан сақтандыру келісімшартын жасасу кезінде бүкіл сақтандыру мерзіміне бір реттік төлем ретінде немесе бөліп төлеу (сақтандыру жарналарын төлеу) арқылы төленеді.

Сақтандыру сыйақысын төлеу тәртібі сақтандыру шартында анықталады. 8.5. Сақтандыру сыйақысын Сақтандырушы немесе оның тапсырмасы бойынша басқа тұлға келесі тәсілдермен төлей алады:

- қолма-қол ақшасыз есеп айырысу;
- Сақтандырушының кассасына қолма-қол ақша салу немесе оларды Сақтандырушының уәкілетті өкіліне беру;
- Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасымен тыйым салынбаған, тараптардың келісімі бойынша басқа тәсілдермен.

## **9. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫ: МЕРЗІМІ ЖӘНЕ ӘРЕКЕТ ЕТУ ОРНЫ, ҚОРЫТЫНДЫЛАУ ТӘРТІБІ, ТОҚТАТУ ШАРТТАРЫ**

9.1. Сақтандыру шарты 1 жыл мерзімге жасалады және Қазақстан Республикасының аумағында әрекет етеді, егер сақтандыру шартының шарттарында өзгеше көзделмесе.

9.2. Сақтандыру шарты жазбаша түрде жасалуы тиіс және Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасында көзделген мәміленің жарамдылық шарттарына сәйкес болуы керек.

9.3. Ережелерде қамтылған және сақтандыру шартының мәтініне енгізілмеген шарттар Сақтанушы (Сақтандырылған) үшін міндетті болып табылады, егер сақтандыру шартында

мұндай Ережелерді қолдану тікелей көрсетілсе және/немесе Ережелер шартпен бір құжатта баяндалса немесе оған қоса берілсе.

9.4. Сақтандыру келісімшартын жасаған кезде Сақтанушы мен Сақтандырушы Қазақстан Республикасының заңнамалық және нормативтік құқықтық актілерімен белгіленген шектерде Ережелердің жекелеген ережелерін өзгерту немесе алып тастау және Ережелерді толықтыру туралы келісімге келе алады.

9.5. Бірнеше Сақтандырылған тұлға болған жағдайда, Сақтанушы Сақтандырушы белгілеген форма бойынша Сақтандырылған тұлғалардың тізімін жасайды, ол сақтандыру келісімшартына қоса беріледі және оның ажырамас бөлігі болып табылады. Сақтанушы — заңды тұлға Сақтандырылған тұлғалардың тізімін келесі мәліметтермен ұсынады:

- тегі, аты, әкесінің аты;
- туған күндері;
- үй мекенжайлары мен телефон нөмірлері;
- төлқұжат деректері;
- жынысы;
- лауазымы.

Сақтандырылған тұлға Сақтандырушының келісімімен Сақтандырушы тарапынан ауыстырылуы мүмкін. Сақтандырушы көрсетілген өзгерістерді алғанға дейін, жасалған келісім бұрын ұсынылған тізімдерде көрсетілген Сақтандырылған тұлғаларға қатысты күшінде қалады. 9.6. Сақтандырылған тұлға белгіленген формадағы медициналық анкетаны толтырады және медициналық анкеталау кезінде хабарлаған мәліметтердің шынайылығы мен толықтығы үшін жауапты болады. 9.7. Сақтандырушы Сақтандырылған тұлға көрсеткен мәліметтердің шынайылығын тексеруге құқылы. Егер Сақтандырылған тұлға өзіне қатысты маңызды сақтандыру тәуекелін бағалауға әсер ететін жалған мәліметтер бергені анықталса, Сақтандырушы сақтандыру сыйақысын қосымша төлеуді ұсынуы немесе Сақтандырушыға сақтандыру келісімін жасаудан бас тартуы мүмкін.

9.8. Сақтандыру келісімі Сақтандырушы мен Сақтандырушы қол қойған бір құжатты жасау арқылы жасалады.

9.9. Сақтандыру сыйақысы (сақтандыру жарнасы) төленгеннен кейін 7 жұмыс күні ішінде, Сақтандырылғандардың Тізімі ұсынылған жағдайда, Сақтандырушыға Медициналық пластикалық карталар (Сақтандырылған тұлғалар саны бойынша) сақтандыру Ережелері мен сақтандыру Бағдарламаларының қосымшасымен бірге беріледі.

9.10. Сақтандырушы жоғарыда көрсетілген құжаттарды Сақтандырылған тұлғаларға өз бетінше (жеке немесе сақтандыру делдалы арқылы) тапсыруға құқылы.

9.11. Егер шартта өзгеше көзделмесе, сақтандыру шарты сақтандыру сыйақысын немесе оның бірінші сақтандыру жарнасын төлеу сәтінен бастап күшіне енеді және шартта белгіленген сақтандыру мерзімі аяқталғанға дейін әрекет етеді.

9.12. Сақтандыру шартымен шартталған сақтандыру, егер онда өзгеше көзделмесе, Қазақстан Республикасының аумағында сақтандыру шартында көрсетілген мерзімдерде болған сақтандыру жағдайларына қолданылады.

9.13. Сақтандыру шарты келесі жағдайларда тоқтатылады:

- a) оның әрекет ету мерзімі аяқталған кезде;
- b) Сақтандырушының сақтандыру шарты бойынша өз міндеттемелерін толық көлемде орындауы (медициналық қызметтердің құнын сақтандыру сомасы мөлшерінде төлеу);
- c) Сақтандырылған тұлғаның қайтыс болуы, егер сақтандыру шарты бойынша тек бір адам сақтандырылған болса. Егер сақтандыру шартын жасаған Сақтандырушы – жеке тұлға болса және сақтандырылған тұлғалар басқа жеке тұлғалар болса, онда Сақтандырушының қайтыс болу жағдайында Сақтандырылған тұлға сақтандыру шарты бойынша Сақтандырушының міндеттерін өзіне қабылдай алады;
- d) соттың сақтандыру шартын жарамсыз деп тану туралы шешім қабылдауы;
- e) тараптардың келісімі бойынша шартты бұзу;
- f) Сақтанушының бастамасымен сақтандыру шартын бұзу;

- g) Сақтандырушының бастамасымен сақтандыру шартын бұзу жағдайлары:
- Сақтанушының сақтандыру сыйақысын (оның кезекті сақтандыру жарнасын) белгіленген мерзімде төлемеуі;
  - Медициналық қызметтердің құнының өсуі туралы хабарланған Сақтанушының шарттың шарттарын өзгертуге немесе Сақтандырушының талабы бойынша сақтандыру сыйақысын қосымша төлеуден бас тартуы;
  - Сақтандырылған тұлғаның медициналық пластикалық картасын басқа адамға сақтандыру келісімшарты бойынша медициналық қызметтер алу мақсатында беру фактісін анықтау;
  - заңнамада көзделген басқа жағдайларда.

9.14. Сақтандыру келісімшарты мерзімінен бұрын тоқтатылған жағдайда сақтандыру сыйақысын (сақтандыру жарналарын) қайтару, егер келісімшартта өзгеше көзделмесе, тек сол келісімшарт бойынша сақтандыру төлемдері болмаған жағдайда жүзеге асырылады. Сақтандыру сыйақысын қайтару сақтандыру келісімшарты бойынша нақты түскен сақтандыру сыйақысы (сақтандыру жарналары) сомасынан; сақтандыру сыйақысы (сақтандыру жарнасы) төленген сақтандырудың аяқталмаған кезеңіне пропорционалды түрде, іс жүргізу шығындарын шегеріп жүзеге асырылады.

9.15. Осы Ережелерде көрсетілген негіздер бойынша сақтандыру келісімшартын мерзімінен бұрын тоқтату ниеті туралы тараптар бір-бірін жазбаша түрде хабардар етуге міндетті. Бұл ретте, сақтандыру келісімшарты сақтандыру келісімшартын тоқтату туралы хабарламаны басқа тарапқа жіберген сәттен бастап 30 күн өткен соң бұзылған болып есептеледі.

## **10. ТАРАПТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ**

10.1. Сақтанушы (Сақтандырылған тұлға) құқылы:

- 10.1.1. Сақтандыру ережелері, Сақтандыру шартының шарттары және Сақтандыру бағдарламалары, сондай-ақ Медициналық қызмет көрсету тәртібі және Уәкілетті медициналық қызмет жеткізушілері туралы түсініктемелер алу;
- 10.1.2. Сақтандыру шарты және тиісті Сақтандыру бағдарламасы бойынша қарастырылған, Сақтандырушы төлеген Медициналық қызмет көрсетуді алу немесе Сақтандыру шарты және тиісті Сақтандыру бағдарламасы бойынша алынған Медициналық қызмет көрсету шығындарын өтеу;
- 10.1.3. Ауру жағдайында Медициналық қызмет көрсету ұйымдастыру үшін Сақтандырушыға жүгіну;
- 10.1.4. Сақтандырушының Сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуын сотта шағымдану;
- 10.1.5. Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен Шартты мерзімінен бұрын бұзу;
- 10.1.6. Сақтандыру шартының шарттарының орындалуын бақылауды жүзеге асыру;
- 10.1.7. Қазақстан Республикасының заңнамасында және сақтандыру ережелерінде көзделген басқа да құқықтарды жүзеге асыру.

10.2. Сақтанушы (Сақтандырылған тұлға) міндетті:

- 10.2.1. Шарт жасасу кезінде Сақтандырушыға сақтандыру тәуекелін бағалау және Сақтандырушының сақтандыру шартын жасасу туралы шешім қабылдауы үшін маңызды мәні бар барлық белгілі жағдайлар туралы хабарлау.
- 10.2.2. Шартта белгіленген мөлшерде, тәртіпте және мерзімдерде сақтандыру сыйақыларын төлеу;
- 10.2.3. сақтандыру жағдайы туындаған кезде осы Ережелердің I бөлімінің 12.1-тармағында көзделген тәртіппен Сақтандырушыны хабардар ету;
- 10.2.4. Шарттың шарттарын, Ауруды емдеу барысында алынған емдеуші дәрігердің тағайындаулары мен нұсқауларын, сондай-ақ ауруханаға жатқызу жағдайында стационардың режимі мен тәртібін сақтау. Бұл талапты орындамау осындай

- тағайындаулар мен нұсқауларды, режим мен тәртіпті дәлелденген бұзушылықтың салдары болып табылатын сақтандыру жағдайлары бойынша Сақтандыру төлемінен бас тартуға негіз бола алады;
- 10.2.5. медициналық пластикалық карточканың сақталуын қадағалау және оны басқа адамдарға Медициналық қызмет көрсету алу мақсатында бермеу; медициналық пластикалық карточканы жоғалтқан жағдайда бұл фактіні анықтағаннан кейін дереу Сақтандырушыны хабардар ету;
- 10.2.6. Медициналық пластикалық карточканы жоғалтқан немесе Қосымша 2-ні толтыру кезінде Сақтандырушының дұрыс емес ақпарат беруі жағдайында, Медициналық пластикалық карточканы қайта шығару шығындарын өтеу үшін 500 теңге төлеу;
- 10.2.7. Қызметкерді жұмыстан босатуына байланысты сақтандырылғандарды шығару кезінде, жұмыстан босатылған қызметкер мен оның отбасы мүшелеріне қатысты сақтандырудың тоқтатылғаны туралы Сақтандырушыны қызметкер жұмыстан босатылғаннан кейін 5 (бес) жұмыс күнінен кешіктірмей хабардар ету. Жоғарыда аталған ақпаратты уақытында ұсынбаған жағдайда, Сақтандырушы жұмыстан босатылғаннан кейін және Сақтандырушыға хабарлау күніне дейінгі кезеңде шығарылған сақтандырылғандарға көрсетілген медициналық қызметтер бойынша шығындарды өтеуге міндетті.
- 10.2.8. Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының себептері, барысы және салдары, сондай-ақ келтірілген шығынның сипаты мен мөлшері туралы пікір айтуға мүмкіндік беретін барлық ақпарат пен құжаттарды ұсыну.
- 10.2.9. Сақтандыру жағдайынан келтірілген шығындарды азайту үшін барлық мүмкін және орынды шараларды қабылдау.
- 10.3. Сақтандырушының құқығы бар:
- 10.3.1. Сақтанушы (Сақтандырылған тұлға) хабарлаған ақпаратты, сондай-ақ Сақтанушының (Сақтандырылғанның) Сақтандыру шартының талаптары мен шарттарын орындауын тексеру;
- 10.3.2. Сақтандырылған тұлғаның ауру тарихын және кез келген басқа медициналық мәліметтерді, соның ішінде Сақтандырылған тұлғаның денсаулық жағдайы туралы ақпаратты сұрату;
- 10.3.3. Сақтандыру жағдайы бойынша тиісті медициналық қызмет көрсетушілерге және басқа да құзыретті ұйымдарға сұраулар жіберу;
- 10.3.4. Сақтандыру жағдайының белгілері бар оқиғаның себептері мен жағдайларын өз бетінше анықтау;
- 10.3.5. Сақтандырылған тұлғадан Сақтандырушының денсаулық жағдайы туралы сауалнамасын толтыруды талап ету және/немесе Сақтандырылған тұлғаны денсаулық жағдайын бағалау үшін медициналық тексеруден өтуге жіберу (Сақтандырушының есебінен). Егер сауалнамада жалған ақпарат берілгені анықталса немесе Сақтандырылған тұлға медициналық тексеруден өтуден бас тартса, Сақтандырушы осы Сақтандырылған тұлғаға қатысты сақтандыруды тоқтату немесе шектеу құқығына ие;
- 10.3.6. Сақтандырушыдан (Сақтандырылған тұлғадан) сақтандыру жағдайының фактісін, оның пайда болу жағдайларын анықтау үшін қажетті ақпарат пен құжаттарды, сондай-ақ өтелетін шығындарды растау үшін тәуелсіз медициналық сараптамадан өтуін талап ету (Сақтандырушының есебінен);
- 10.3.7. Сақтандырылған тұлға Медициналық қызмет көрсетуді растайтын құжаттарды ұсынбаған жағдайда, медициналық сараптамадан өтуден бас тартқан жағдайда немесе негізсіз талаптар болған басқа жағдайларда сақтандыру төлемінен бас тарту;

- 10.3.8. Сақтандыру шартын бұзған кезде - сақтандырудың әрекет еткен уақытына пропорционалды сақтандыру сыйақысының бір бөлігіне, сондай-ақ әкімшілік шығындарды өтеу үшін жалпы сақтандыру сыйақысының 15% мөлшерінде;
- 10.3.9. Сақтандыру келісімшартына қол қойылғаннан кейін сақтандыру тәуекелінің елеулі өзгерістері болған жағдайда, тәуекелдің артуына сәйкес сақтандыру келісімшартының шарттарына өзгерістер енгізуді немесе қосымша сақтандыру сыйақысын төлеуді талап ету.
- 10.4. Сақтандырушы міндетті:
- 10.4.1. Сақтанушыны (Сақтандырылған тұлғаны) сақтандыру ережелерімен таныстыру;
- 10.4.2. Сақтандыру жағдайы туындаған кезде сақтандыру келісімшартында белгіленген мөлшерде, тәртіпте және мерзімде сақтандыру төлемін жүзеге асыру;
- 10.4.3. Сақтандыру жағдайы кезінде шығындарды азайту үшін Сақтанушының (Сақтандырылған тұлғаның) жасаған шығындарын өтеу;
- 10.4.4. Сақтандыру құпиясын қамтамасыз ету.
- 10.4.5. Сақтандыру сыйақысы төленгеннен кейін 7 (жеті) жұмыс күні ішінде Сақтанушыға (Сақтандырылған тұлғаға) медициналық пластикалық карталарды беру.
- 10.4.6. Сақтандырылғандарды сақтандыру аумағында сақтандыру қорғанысымен қамтамасыз ету;
- 10.4.7. Сақтанушының жазбаша сұрауы бойынша, сұрау алынғаннан кейін 7 (жеті) жұмыс күні ішінде, Шарттың әрекет ету мерзімінің басынан бастап сұрау күніне дейінгі болған сақтандыру жағдайлары туралы есеп беру.
- 10.4.8. Сақтандырылған тұлғаға Шартта және тиісті Сақтандыру бағдарламасында қарастырылған медициналық қызмет көрсетуді, Медициналық жеткізушілердің жұмыс режимін ескере отырып, ұйымдастыру.
- 10.5. Тараптар Сақтандыру ережелері мен Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасының ережелерінде қарастырылған басқа да құқықтарды пайдалана алады және басқа да міндеттерді орындай алады.

## **11. ШАРТТЫҢ ӘРЕКЕТ ЕТУ МЕРЗІМІНДЕ САҚТАНДЫРУ ТӘУЕКЕЛІНІҢ АРТУЫНЫҢ САЛДАРЫ**

- 11.1. Сақтандыру тәуекелінің елеулі артуы - бұл Сақтандырылған тұлғада қандай да бір созылмалы аурудың немесе осы Ережелердің I бөлімінің 3.2-тармағында қарастырылған сақтандыру жағдайларынан немесе Аурулардан алып тастау тізіміне енгізілген жағдайдың анықталуы, ол Сақтандыру келісімшартын жасасу күніне дейін Сақтандырушыға белгісіз болған. Мұндай сақтандыру тәуекелінің артуы сауалнама, медициналық емдеу, Медициналық қызмет көрсету барысында және Сақтандырылған тұлғаның ақпараты негізінде немесе басқа нақты деректер негізінде анықталуы мүмкін. Созылмалы ауру - бұл денсаулықтың бұзылуы, оның кем дегенде бір белгісі бар:
- 1) тұрақты болып табылады және/немесе тұрақты диагноз қойылады;
  - 2) ішінара еңбекке жарамсыздыққа әкеледі;
  - 3) себебі қайтымсыз патологиялық өзгерістер болып табылады;
  - 4) оңалту үшін науқасқа арнайы режим қажет етеді;
  - 5) ұзақ мерзімді бақылау, қадағалау немесе күтім қажет болады деп күтілуде.
- 11.2. Сақтандырушыға сақтандыру тәуекелінің артуына әкелетін жағдайлар белгілі болған кезде, ол сақтандыру шартының шарттарын өзгерту немесе сақтандыру тәуекелінің артуына сәйкес қосымша сақтандыру сыйақысын төлеуді талап етуге құқылы.



11.3. Сақтандырылған тұлғаның алаяқтық әрекеттері анықталған жағдайда, Сақтандырушы сақтандыру сыйақысын қайта қараусыз, мұндай Сақтандырылған тұлғаны Сақтандырылған тұлғалар тізімінен алып тастауды талап етуге құқылы.

11.4. Сақтандырушы сақтандыру тәуекелін арттыратын жағдайлар жойылған болса, Сақтандыру шартының шарттарын өзгертуді талап етуге құқығы жоқ.

## **12. САҚТАНДЫРЫЛҒАН ТҰЛҒАНЫҢ САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫ БОЛҒАН ЖАҒДАЙДАҒЫ ӘРЕКЕТТЕРІ**

12.1. Ауру пайда болған жағдайда Сақтандырылған тұлға сақтандыру оқиғасы туралы келесі тәсілдердің бірімен хабарлайды:

- 1) Сақтандырушының CALL-орталығына қоңырау шалып, медициналық пластикалық карточкада көрсетілген телефон нөмірі арқылы Медициналық қызмет көрсетуді ұйымдастыру үшін Сақтандырушыға жүгінеді. Сақтандырушы отбасылық дәрігердің қабылдауын ұйымдастырады немесе шұғыл жағдайларда отбасылық немесе кезекші дәрігерді үйге немесе жұмыс орнына, немесе Қазақстан Республикасының қалаларының әкімшілік шекаралары шегіндегі басқа орналасқан жеріне жібереді;
- 2) Сақтандырушының CALL-орталығына қоңырау шалу арқылы Уәкілетті медициналық қызмет көрсетушіге медициналық қызмет алу үшін жүгінгені туралы Сақтандырушыны хабардар етеді. Егер мұндай медициналық қызметті Сақтандырушы төлеуі тиіс болса (қолма-қол есеп айырысу емес), онда бұл хабарлама дәрігердің қабылдауына белгіленген уақыттан кемінде 6 сағат бұрын, жұмыс күндері (дүйсенбіден жұмаға дейін) сағат 9-00-ден 17-30-ға дейін жасалуы тиіс;
- 3) 103 жедел жәрдем шақыру жағдайында, сақтандыру жағдайы туралы хабарлама жедел жәрдем келген уақыттан бастап 24 сағат ішінде жасалуы тиіс. Хабарламаны Сақтандырылған тұлға, Сақтандырылған тұлғаның туыстары немесе жедел жәрдем дәрігері Сақтандырушының CALL-орталығына қоңырау шалу арқылы жасай алады;
- 4) шетелге шығу жағдайында - жазбаша түрде (электрондық пошта арқылы, курьермен, өтініш беру немесе басқа жазбаша түрде), шығуға дейін кемінде 2 (екі) жұмыс күні бұрын Сақтандырушыны келесі ақпаратпен хабардар етеді - сапар мерзімі мен елі, паспорт деректеріне сәйкес ағылшын тілінде аты-жөні, туған күні, паспорт нөмірі және ЖСН - шетелде сақтандыру құжаттамасын шығару және сақтандыруды белсендіру үшін қажетті. Шетелде медициналық қызмет алу тәртібі шетелге шығатын сақтандыру сертификатында көрсетіледі.

12.2. Егер Сақтандырылған тұлға сақтандыру жағдайы немесе шетелге шығу туралы осы Ережелердің I бөлімінің 12.1-тармағында сипатталған тәртіпте Сақтандырушыны хабардар етпесе, Сақтандырушы сақтандыру төлемінен бас тартуға немесе оны өз қалауы бойынша шектеуге құқылы. 12.3. Сақтандырылған тұлғаның ауруына байланысты (сақтандыру жағдайы) отбасылық немесе басқа дәрігер тағайындаған медициналық қызмет, егер Сақтандырушы осы Ережелердің I бөлімінің 12.1-тармағына сәйкес хабардар етілсе, сақтандыру жағдайы болып саналады, егер мұндай қызметтер Сақтандыру шартының және Сақтандырылған тұлғаның тиісті Сақтандыру бағдарламасының шарттарына сәйкес сақтандыру қамтуына енгізілген болса. Уәкілетті медициналық қызмет көрсетушілерден медициналық қызмет алу жағдайында Сақтандырушы медициналық қызметтің құнын тікелей осындай жеткізушіге төлейді. Басқа жағдайларда, Сақтандырушы Сақтандырылған тұлғаның медициналық қызмет алу шығындарын Сақтандыру шартының шарттарына сәйкес, сақтандыру жағдайының орын алғанын растайтын құжаттарды ұсынған кезде, I бөлімнің 13.1-тармағына сәйкес Сақтандырушының (Сақтандырылған тұлғаның) шығындарды өтеу туралы өтініші негізінде өтейді. Өтініш қызметтерді алған күннен бастап 24 күннен кешіктірмей берілуі тиіс.

### **13. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫНЫҢ БОЛҒАНЫН ЖӘНЕ ЗАЛАЛДАРДЫҢ ӨЛШЕМІН РАСТАЙТЫН ҚҰЖАТТАР ТІЗІМІ. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМДЕРІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТУРАЛЫ ШЕШІМ ҚАБЫЛДАУ ТӘРТІБІ, ШАРТТАРЫ ЖӘНЕ МЕРЗІМДЕРІ**

13.1. Сақтандыру оқиғасының болғанын және сақтандыру төлемінің мөлшерін растайтын құжаттар мыналар болып табылады:

- 1) Сақтандырылған тұлғаның ауру тарихынан үзінді көшірмелердің (амбулаторлық немесе стационарлық емдеу) дәрігер мен медициналық мекеменің жеке мөрімен расталған көшірмелері;
- 2) Емдеуші дәрігерлердің медициналық қорытындыларының көшірмелері, рецепт бланкілерінің көшірмелері, стоматологиялық тапсырыс-нарядтар, рентгенологтардың қорытындыларының көшірмелері және медициналық қызметтерді алғанын растайтын басқа да құжаттар;
- 3) әрбір медициналық препараттың, процедуралардың, дәрігерлердің кеңестерінің атауы, саны және құны көрсетілген фискалдық чектер мен тауарлық чектердің (шот-фактуралар, төлем түбіртектері) түпнұсқалары.
- 4) Медициналық қызмет көрсетуге кеткен шығындарды өтеу үшін Сақтандырылған тұлғаның өтініші - жоғарыда көрсетілген құжаттарды қоса тіркеп, Сақтанушының (Сақтандырылған тұлғаның) өтініші. Жоғарыда аталған құжаттарды ұсыну, олардың толықтығы мен шынайылығы үшін жауапкершілікті Сақтандырылған тұлға көтереді. Барлық аталған құжаттар Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға тарапынан сақтандыру жағдайы басталғаннан кейін 24 (жиырма төрт) жұмыс күнінен кешіктірмей ұсынылуы тиіс. Құжаттар жоғарыда көрсетілген мерзімнен кейін ұсынылған жағдайда, Сақтандырушы шығындарды өтеуден бас тартуға құқылы.

13.2. Сақтандырушы Сақтандырылған тұлғадан және/немесе Медициналық қызмет көрсетуші жеткізушіден сақтандыру оқиғасының басталу фактісі мен сақтандыру төлемінің мөлшерін анықтау үшін басқа құжаттарды, материалдарды және ақпаратты сұратуға құқылы. Барлық осындай құжаттар мен ақпарат Сақтандырушыға тегін ұсынылуы тиіс. Қосымша құжаттар, сондай-ақ 13.1 тармағының I бөлімінің Ережелеріне сәйкес жетіспейтін құжаттар Медициналық қызмет көрсетуші жеткізушіден шотты немесе Сақтандырылған тұлғадан өтінішті алғаннан кейін 15 (он бес) жұмыс күні ішінде сұратылуы тиіс.

13.3. Сақтандыру жағдайлары бойынша өтемақыны Сақтандырылған тұлғаның өзі жеке куәлігін көрсетіп ала алады немесе оның уәкілетті тұлғасы Сақтандырылған тұлғадан сенімхат және жеке куәлігінің көшірмесін қоса көрсетіп ала алады. Егер мұндай уәкілетті тұлға өтемақы алатын Сақтандырылған тұлғаның отбасы мүшесі болмаса, Сақтандырылған тұлғадан сенімхат оның жұмыс орнында (кадрлар бөлімі, персоналмен жұмыс басқармасы немесе т.б.) немесе нотариалды түрде куәландырылуы тиіс.

### **14. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІ. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТӘРТІБІ МЕН ШАРТТАРЫ**

14.1. Сақтандыру төлемі бойынша пайда алушы Сақтандырылған тұлға және/немесе Медициналық қызметтерді жеткізуші болып табылады.

14.2. Сақтандыру төлемінің мөлшері Сақтандырылған тұлға сақтандыру жағдайына байланысты алған Медициналық қызметтің құнына тең және осы Ережелердің I бөлімінің 11.1-тармағында көрсетілген құжаттарға сәйкес, Сақтандыру бағдарламалары мен Шартқа сәйкес белгіленеді. Сақтандыру төлемін жүзеге асыру немесе оны жүзеге асырудан бас тарту туралы шешім Сақтандырушы барлық қажетті құжаттарды, осы Ережелердің I бөлімінің 13.1 және 13.2-тармақтарында көрсетілген, алған сәттен бастап 10 (он) жұмыс күні ішінде қабылданады.

14.3. Сақтандырушы Сақтандырылған тұлғаға тағайындалған Медициналық қызметтің көлемі мен сапасын өз есебінен сараптауға және Сақтандырылған тұлғаның денсаулық жағдайын және тағайындалған емнің дұрыстығын анықтау үшін қосымша медициналық тексеру тағайындауға құқылы. Мұндай сараптама немесе қосымша медициналық тексеру нәтижелері Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асыру немесе сақтандыру төлемінен бас тарту туралы шешім қабылдауының негізі бола алады.

14.4. Сақтандыру төлемі Сақтандырылған тұлға сақтандыру жағдайына байланысты алған тиісті Медициналық қызметтің құнын Уәкілетті медициналық қызметтерді жеткізушілерге тікелей төлеу немесе сақтандыру жағдайына байланысты алынған Медициналық қызметке жұмсалған шығындарды Сақтандырылған тұлғаға өтеу арқылы жүзеге асырылады. Сақтандыру төлемі қолма-қол немесе қолма-қол емес түрде жүзеге асырылуы мүмкін.

14.5. Шарт жасалған кезең ішінде Сақтандырылған тұлғаға немесе оның пайдасына жасалған жалпы сақтандыру төлемдерінің және/немесе Медициналық қызметтердің жекелеген түрлері бойынша сақтандыру төлемдерінің жалпы сомасы Сақтандырылған тұлғаның Сақтандыру бағдарламасымен белгіленген жалпы сақтандыру сомасынан және/немесе Медициналық қызметтердің тиісті түрлері бойынша сақтандыру сомаларынан аспауы тиіс. Егер Сақтандырылған тұлғаның Сақтандыру бағдарламасымен белгіленген жалпы сақтандыру сомасы таусылса, Сақтандырушының осы Сақтандырылған тұлғаға қатысты сақтандыру шарты бойынша міндеттемелері тоқтатылады. Егер Медициналық қызметтердің тиісті түрі бойынша сақтандыру сомасы таусылса, Сақтандырушы осы Медициналық қызмет түрі бойынша сақтандыру төлемдерін тоқтатады.

14.6. Сақтандырушы сақтандыру жағдайы келесі себептермен орын алған жағдайда Сақтанушыға сақтандыру төлемін төлеуден бас тартуға құқылы:

- 1) соғыс; басып кіру; шетел мемлекетінің дұшпандық әрекеттері; соғыс немесе оған ұқсас операциялар (соғыс жарияланғанына қарамастан) немесе азаматтық соғыс;
- 2) бүлік; ереуіл; локауттар; халық көтерілісіне дейін жететін немесе ұлғайып кететін азаматтық тәртіпсіздіктер; бүлік; азаматтық толқулар; әскери бүлік; революция; әскери басып алу немесе билікті узурпациялау; мүлікті конфискациялау; реквизициялау немесе ұлттықтандыру; терроризм актілері;
- 3) радиоактивті сәулелену немесе атомдық отынды жағудан пайда болған радиоактивті отын немесе радиоактивті қалдықтармен ластану.

14.7. Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуының негіздері:

- 1) Сақтандырушының (Сақтандырылғанның) сақтандыру объектісі, сақтандыру тәуекелі, сақтандыру жағдайы және оның салдары туралы Сақтандырушыға әдейі жалған ақпарат беруі;
- 2) Сақтандырушының (Сақтандырылғанның) сақтандыру жағдайының туындауына бағытталған қасақана әрекеттері;
- 3) Сақтандырушының (Сақтандырылғанның) сақтандыру жағдайының туындау жағдайларын тергеуге және келтірілген шығын мөлшерін анықтауға Сақтандырушыға кедергі келтіруі;
- 4) сақтандыру жағдайының белгілері бар оқиғаның орын алғаны туралы белгіленген мерзімде хабарламау және/немесе оның салдарынан сақтандыру жағдайының орын алуы мүмкін;
- 5) Сақтандырылған тұлғаның емдеуші дәрігердің тағайындауларын және нұсқауларын орындамағаны немесе емдеуші дәрігер белгілеген аурухана немесе амбулаториялық режимді бұзғаны дәлелденген кезде,
- 6) Сақтандырылған тұлғаның сақтандыру мерзімі басталғанға дейін/сақтандыру мерзімі аяқталғаннан кейін пайда болған аурулар мен олардың салдарлары бойынша медициналық қызметке жүгінуі;
- 7) осы Ережелердің I бөлімінің 7-тармағына сәйкес сақтандыру жағдайынан алып тасталатын Ауруларға байланысты немесе осы Ережелердің I бөлімінің 11.1-

тармағына сәйкес сақтандыру жағдайы орын алған кезде Сақтандырылған тұлғаның әрекет ету тәртібін бұзған кезде жүгінуі;

8) анықтамалық зерттеулер, яғни Сақтандырылған тұлғаның бірдей сақтандыру жағдайы (Ауру) және бірдей қызмет түрі бойынша екіден артық әртүрлі медициналық қызмет көрсетушілерге жүгіну жағдайлары.

14.8. Сақтандырушы келесі жағдайларда сақтандыру төлемін жасамайды:

1) Сақтанушының (Сақтандырылған тұлғаның) жанама коммерциялық шығындары, айыппұл, жоғалған пайда;

2) моральдық зиян;

3) сот шығындары, егер Сақтандыру келісімшартында өзгеше көрсетілмесе.

14.9. Сақтандырылған тұлға Сақтандыру бағдарламасына сәйкес тиісті медициналық қызметтер мен тиісті сақтандыру сомаларынан асатын сомада медициналық қызмет алған жағдайда, Сақтанушы (Сақтандырылған) төлем талап етілген күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде Сақтандырушыға айырмашылықты өтеуге міндетті. Егер көрсетілген мерзім ішінде өтемақы алынбаса, Сақтандырушы мұндай Сақтандырылған тұлғаға медициналық қызмет көрсету мен сақтандыру төлемдерін ұйымдастыруды тоқтата тұруға құқылы.

14.10. Сақтанушы (Сақтандырылған) сақтандыру қорғауының басталуына дейін/тоқтатылғаннан кейін немесе Сақтандыру бағдарламасында қарастырылмаған медициналық қызметтерді алған жағдайда, Сақтанушы төлем талап етілген күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде Сақтандырушыға көрсетілген шығындарды өтеуге міндетті.

## **15. АРНАЙЫ ШАРТТАР**

15.1. Тараптардың келісімі бойынша Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келмейтін ерекше шарттар (сақтандыру ескертпелері, анықтамалар, алып тастаулар және т.б.) Сақтандыру шартына енгізілуі мүмкін.

## **16. ДАУЛАРДЫ ШЕШУ ТӘРТІБІ**

16.1. Сақтандыру шарты бойынша туындайтын даулар Тараптар арасында келіссөздер арқылы қаралады.

16.2. Келісімге қол жеткізілмеген жағдайда, дау Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында белгіленген тәртіппен сотқа беріледі.

## **17. ҚОСЫМША ШАРТТАР**

17.1. Осы Ережелерге Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес өзгерістер мен толықтырулар енгізілуі мүмкін.

## **2-БӨЛІМ. ШЕТЕЛГЕ ШЫҒАТЫН ТҮЛҒАЛАРДЫҢ ЖАЗАТАЙЫМ ОҚИҒАЛАР МЕН АУРУЛАРДАН САҚТАНДЫРУЫ**

1.1. Ерікті медициналық сақтандыру шарттары бойынша жасалатын келісімшарттарда, сақтандыру бағдарламаларында шетелге шығатын тұлғалардың жазатайым оқиғалардан және ауру немесе өлім жағдайында ерікті сақтандыруды қамту қарастырылуы мүмкін. Шетелге шығатын тұлғалардың жазатайым оқиғалардан және ауру немесе өлім жағдайында ерікті сақтандыру шарттары шетелге шығатын тұлғалардың жазатайым оқиғалардан және ауру немесе өлім жағдайында ерікті сақтандыру ережелерімен реттеледі.

### 3-БӨЛІМ. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ АУМАҒЫНДАҒЫ ШЕТЕЛДІК АЗАМАТТАРДЫҢ ЖАЗАТАЙЫМ ОҚИҒАЛАР МЕН АУРУЛАРДАН САҚТАНДЫРУЫ

#### 1. АНЫҚТАМАЛАР

- 1.1. **Сақтандырушы**- «SinoasiaB&R» Сақтандыру компаниясы» АҚ
- 1.2. **Сақтанушы**- Сақтандырушы мен Сақтандыру келісімшартын жасаған заңды немесе жеке тұлға
- 1.3. **Сақтандырылған тұлға** - Қазақстан Республикасында уақытша немесе тұрақты тұратын шетелдік азамат, оның пайдасына Сақтандыру келісімшарты жасалған. Сақтандырылған тұлға Сақтандыру келісімшартында және/немесе Сақтандыру сертификатында (анықтамасында) көрсетілуі тиіс
- 1.4. **Сақтандыру келісімшарты** - Сақтандырушы мен Сақтанушы арасында Сақтандырылған тұлғалардың пайдасына жасалған Сақтандыру келісімшарты (Ерікті медициналық сақтандыру келісімшарты);
- 1.5. **Сақтандыру сертификаты (анықтама)** - Қазақстан Республикасының мемлекеттік органдарына ұсыну үшін Сақтандырылған тұлғаға сақтандыру қамтылуын растау
- 1.6. **Сақтандыру сыйақысы** - Сақтандырушыға Сақтандырылған тұлғаларды сақтандыру қызметтері үшін Сақтанушы төлейтін сыйақы;
- 1.7. **Ауру** - Сақтандырылған тұлғаның денсаулық жағдайында сақтандыру қамту мерзімі ішінде кенеттен немесе күтпеген теріс өзгеріс, ол медициналық персонал тарапынан тексеру, емдеу немесе операция жүргізуді талап етеді. Медициналық персоналдың тиісті заңды расталған біліктілігі болуы керек. Ауру Сақтандыру шарты мен осы Ережелердің шарттарына, шектеулеріне және ерекшеліктеріне сәйкес анықталады және кез келген Бұрыннан бар медициналық көрсеткіштер мен кез келген Туа біткен ауруларды қамтымайды.
- 1.8. **Сақтандыру бағдарламасы**- сақтандыру жағдайының негізгі белгілерін және сақтандыру сомаларын (сақтандыру лимиттерін) анықтайтын таңдалған сақтандыру қамтуының сипаттамасы. Сақтандыру бағдарламасы сақтандыру шарты бойынша жалпы және жеке қызмет түрлері немесе Аурулар бойынша қамтуы мүмкін. Сақтандыру бағдарламасы медициналық сақтандырудың барлық немесе жеке бөлімдерін қамтуы мүмкін.
- 1.9. Бұрыннан бар медициналық көрсеткіштер - сақтандырылған тұлға ем алған кез келген созылмалы ауру, аурудың өршуі немесе қайталануы, денсаулық жағдайы, жарақат немесе мүгедектік, немесе сақтандыру мерзімі басталғанға дейін диагностика нәтижелері алынуы немесе ем тағайындалуы тиіс болған кез келген жағдай. Бірақ бұрыннан бар медициналық көрсеткіштер шарты сапар барысында мұндай аурудың немесе жағдайдың кенеттен және күтпеген жерден өршуіне қолданылмайды.
- 1.10. Туа біткен аурулар - туылған кезде немесе жүктілік кезінде дамыған тұқым қуалайтын ауруларды білдіреді.
- 1.11. Жазатайым оқиға - сыртқы факторлардың нәтижесінде кенеттен болған, сақтандырылған тұлға болжай алмаған немесе алдын ала көре алмаған жарақатқа әкелген оқиғаны білдіреді.
- 1.12. Жарақат - сақтандыру мерзімі ішінде болған жазатайым оқиға нәтижесінде тікелей және тек қана болған дене жарақатын білдіреді, басқа себептерге тәуелсіз.
- 1.13. **Сақтандыру талабы** - Сақтандырушы (Сақтандырылған тұлға) сақтандыру оқиғасы орын алған жағдайда Сақтандырушыға төлеуге талап етілетін ақша сомасы.
- 1.14. **Сақтандыру төлемі** - Сақтандырушының Сақтандыру келісімшартында анықталған сақтандыру сомасы шегінде сақтандыру оқиғасы немесе бірнеше сақтандыру оқиғалары орын алған жағдайда төленетін ақша сомасы.

1.15. **Сақтандыру оқиғасы**- Сақтандыру қамту мерзімі ішінде өткір түрде пайда болатын ауру немесе Сақтандыру келісімшарты мен осы Ережелерде қарастырылған ерекшеліктер мен шектеулерді ескере отырып, сақтандыру қамту мерзімі ішінде орын алған бақытсыз жағдай;

1.16. **Сақтандыру қамтуы**- Сақтандыру келісімшарты мен осы Ережелерде қарастырылған сақтандыру төлемін жүзеге асыру шарттары (соның ішінде сақтандыру сомасы, франшизалар - егер қолданылса, т.б.), Сақтандыру оқиғасының негізгі белгілерін анықтайды. 1.17. **Сақтандыру сомасы (сақтандыру лимиті)** - Сақтандыру келісімшартының шарттарына сәйкес сақтандыру оқиғасы немесе бірнеше сақтандыру оқиғалары орын алған жағдайда Сақтандырушының жауапкершілігінің шекті көлемі.

1.18. **Тұратын жері**- Сақтандырылған тұлғаның тұрақты тұратын елі немесе азаматтығы.

## 2. САҚТАНДЫРУ НЫСАНЫ

2.1. Сақтандыру объектісі - Сақтандырылған тұлғаның мүліктік мүдделері, олар Қазақстан Республикасының аумағында болған кезде ауру немесе жазатайым оқиға жағдайында медициналық немесе басқа да көмек алу шығындарының тәуекеліне байланысты, Сақтандыру шарты мен осы Ережелерде қарастырылған.

## 3. САҚТАНДЫРУ СОММАСЫ

3.1. **Сақтандыру соммасы (сақтандыру лимиті)**– сақтандыру шартымен анықталған ақшалай сома, ол Сақтандыру шарты мен осы Ережелердің мерзімдері мен шарттарына сәйкес сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары туындаған кезде Сақтандырушының жауапкершілігінің шекті көлемін анықтайды.

## 4. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫ

4.1. Сақтандыру оқиғасы - бұл оқиға, оның басталуымен Сақтандырушының Сақтандыру келісімшарты мен осы Ережелерге сәйкес сақтандыру төлемін жүзеге асыру міндеті туындайды. Сақтандыру оқиғасы - бұл Сақтандырылған адамның ауруы, дене жарақаты немесе өлімі немесе Сақтандырылған адамның Қазақстан Республикасы аумағында болған кезінде көрген басқа зиян, зақым немесе шығын, барлығы Сақтандыру келісімшарты, Сақтандыру бағдарламасы және осы Ережелерде қарастырылған анықтамалар, шектеулер және алып тастауларға сәйкес.

4.2. Сақтандыру оқиғасы болып табылмайтындар: соғыс, азаматтық соғыс, әскери әрекеттер мен шаралар, азаматтық толқулар, террористік әрекеттер, радиоактивті ластану немесе иондаушы радиацияның әсері, ереуілдер және басқа индустриалды әрекеттер мен апаттар, реквизиция нәтижесінде алынған ауру немесе бақытсыз жағдай, немесе басқа зиян немесе зақым.

b) Сақтандырушының (Сақтандырылғанның) қылмыс жасау, өзін-өзі өлтіру немесе өзіне дене жарақатын келтіру ниетімен немесе Сақтандырушының (Сақтандырылғанның) өрескел абайсыздығы нәтижесінде алынған.

c) экстремалды спорт түрлерімен айналысу (әсіресе тау өзендерінде каноэ/рафтинг, сақтандырусыз көтерілу, шатқалға түсу, арқанмен түсу, спелеология және үңгірлерді зерттеу, альпинизм, жартасқа өрмелеу, еркін түсу, парашютпен секіру және парашютизм), бокс, күрес, 25 метрден тереңірек суға түсу, сақтандырусыз суға түсу, батискафпен суға түсу, ауыр атлетика, қысқы спорт түрлері (тау шаңғысы және сноубордингті қоса алғанда), әскери өнер және басқа да байланыс жекпе-жек түрлері, мотобол, регби, американдық немесе австралиялық футбол, ат жарысы немесе веложарыс және автожарыстар кезінде жүргізуші, жолаушы немесе автокөлік

жалдаушы ретінде, жоғары жылдамдыққа жету мақсаты бар кез келген жүргізуді қоса алғанда;

d) Кәсіби спорттық жарыстарға қатысу немесе сақтандырылған тұлғаның өз елін таныстыру үшін кез келген спорт түрімен жаттығу;

e) кез келген физикалық еңбекпен айналысу, 3 метрден жоғары биіктікте кез келген жұмыс немесе шұңқыр қазу, немесе 3 метрден төмен тереңдікте шахталарда жұмыс істеу.

4.3. Сақтандырушының міндеттемелерінің көлемі Сақтандыру шарты мен Сақтандыру бағдарламасының шарттарына сәйкес, Сақтандыру шарты мен осы Ережелерде қарастырылған шарттар, шектеулер және алып тастауларды ескере отырып анықталады:

a) Қазақстан Республикасының мемлекеттік органдарының талаптарына сәйкес медициналық тексеру;

b) Қазақстан Республикасында болған кезде ауру немесе жазатайым оқиға кезінде медициналық көмек;

c) Сақтандырылған тұлғаның тұратын жеріне Қазақстан Республикасынан медициналық эвакуация;

d) Сақтандырылған тұлғаның қайтыс болған жағдайда Қазақстан Республикасынан тұратын жеріне қалдықтарды репатриациялау

Сақтандырудың егжей-тегжейлі сипаттамасы осы Ережелердің 3-бөлімінің 1-қосымшасында берілген.

4.4. Сақтандыру жағдайы осы Ережелердің 1-бөлімінің 6-тармағына сәйкес анықталады.

## **5. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЛАРЫНАН ШЫҒАРЫЛҒАН ЖАҒДАЙЛАР МЕН САҚТАНДЫРУ ШЕКТЕУЛЕРІ**

5.1. Сақтандыру жағдайларынан шығарылған жағдайлар мен сақтандыру шектеулері осы Ережелердің 1-бөлімінің 7-тармағына сәйкес анықталады.

5.2. Егер емдеу негізделген медициналық көрсеткіштерден асып кетсе, Сақтандырушы өз сақтандыру төлемін негізделген медициналық емдеу деңгейіне дейін қысқартуға немесе төлем/қайтару үшін негізсіз жоғары шығындар ұсынылған жағдайда басқа шаралар қабылдауға құқылы.

5.3. Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асыру міндеттемелері осы Ережелердің 1-бөлімінің 14-тармағына сәйкес анықталады.

## **6. САҚТАНДЫРУ СЫЙАҚЫСЫ**

6.1. Сақтандыру сыйақысының мөлшері Сақтандырушы тарапынан таңдалған Сақтандыру қамтуы мен Сақтандыру қамту кезеңіне байланысты есептеледі.

6.2. Сақтандыру сыйақысы Сақтандыру келісімшартының мерзімдері мен шарттарына сәйкес төленуі тиіс.

6.3. Егер сақтандыру сыйақысы бірінші сақтандыру жағдайы басталғанға дейін төленбесе, Сақтандырушы сақтандыру төлемі бойынша міндеттемелерден босатылады.

## **7. САҚТАНДЫРУ КЕЛІСІМШАРТЫ: МЕРЗІМІ МЕН ӘРЕКЕТ ЕТУ ОРНЫ, ҚОРЫТЫНДЫЛАУ ТӘРТІБІ, ТОҚТАТУ ШАРТТАРЫ**

7.1. Сақтандыру келісімшарты 365 күнге дейінгі мерзімге жасалады, егер сақтандыру келісімшартының шарттарында өзгеше көзделмесе.

7.2. Сақтандыру шарты жазбаша түрде жасалуы керек және Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасында көзделген мәміленің жарамдылық шарттарына сәйкес келуі тиіс. Ережелерде қамтылған, бірақ сақтандыру шартының мәтініне енгізілмеген шарттар, егер

сақтандыру шартында мұндай Ережелерді қолдану туралы тікелей көрсетілсе және Ережелер шартпен бір құжатта баяндалса немесе оған қоса берілсе, Сақтанушы (Сақтандырылған) үшін міндетті болып табылады. Сақтандыру шартын жасасу кезінде Сақтанушы мен Сақтандырушы Қазақстан Республикасының заңнамалық және нормативтік құқықтық актілерімен белгіленген шектерде Ережелердің жекелеген ережелерін өзгерту немесе алып тастау және Ережелерді толықтыру туралы келісуі мүмкін.

7.3. Егер бірнеше Сақтандырылған тұлға болса, Сақтанушы Сақтандырушы белгілеген нысан бойынша Сақтандырылған тұлғалардың тізімін жасайды, ол сақтандыру шартына қоса беріледі және оның ажырамас бөлігі болып табылады.

7.4. Сақтандыру шарты, егер онда өзгеше көзделмесе, сақтандыру сыйақысын немесе оның алғашқы сақтандыру жарнасын төлеу сәтінде күшіне енеді және сақтандыру шартында белгіленген мерзімнің аяқталуына дейін әрекет етеді.

7.5. Сақтандыру шартымен және осы Ережелермен шартталған сақтандыру Қазақстан Республикасының аумағында сақтандыру қамтуы әрекет ететін кезеңде болған сақтандыру жағдайларына қолданылады.

7.6. Сақтандыру шарты келесі жағдайларда тоқтатылады:

- a) оның әрекет ету мерзімі аяқталған кезде;
- b) Сақтандырушының сақтандыру шарты бойынша өз міндеттемелерін толық орындауы;
- c) соттың сақтандыру шартын жарамсыз деп тану туралы шешім қабылдауы;
- d) тараптардың келісімі бойынша шартты бұзу;
- e) Сақтанушының бастамасымен сақтандыру шартын бұзу;
- f) Сақтандырушының бастамасымен сақтандыру шартын бұзу жағдайлары:
  - Сақтанушының сақтандыру сыйақысын (оның кезекті сақтандыру жарнасын) белгіленген мерзімде төлемеуі;
  - заңнамада көзделген басқа жағдайларда.

7.7. Сақтандыру шарты мерзімінен бұрын тоқтатылған жағдайда, сақтандыру сыйақысын қайтару тек сақтандыру талаптары болмаған жағдайда және сақтандыру шартының аяқталмаған мерзіміне пропорционалды түрде, жалпы сақтандыру сыйақысының 25%-ын іс жүргізуге ұстап қалу арқылы жүзеге асырылады.

7.8. Осы Ережелердің 7.4-тармағында көрсетілген негіздер бойынша сақтандыру шартын мерзімінен бұрын тоқтату ниеті туралы тараптар бір-бірін жазбаша түрде хабардар етуге міндетті. Бұл ретте, сақтандыру шарты сақтандыру шартында өзгеше көзделмесе, сақтандыру шартын тоқтату туралы хабарлама екінші тарапқа жіберілгеннен кейін 10 күн өткен соң бұзылған болып есептеледі.

## **8. ТАРАПТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ**

8.1. Сақтанушы (Сақтандырылған тұлға) құқылы:

8.1.1. Сақтандыру ережелері, Сақтандыру келісімшартының шарттары және Сақтандыру қамтуының шарттары, сондай-ақ қызмет көрсету тәртібі туралы түсініктемелер алу;

8.1.2. Сақтандыру келісімшарты мен тиісті Сақтандыру қамтуымен қарастырылған, Сақтандырушы төлеген немесе өтеген медициналық және басқа да қызметтерді алу

8.1.3. Сақтандырушыға Сақтандыру келісімшарты мен осы Ережелерге сәйкес Ауру немесе жазатайым оқиға жағдайында Медициналық қызмет көрсету немесе басқа қызметтерді ұйымдастыру үшін жүгіну;

8.1.4. Сақтандырушының Сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуын сотта шағымдану.

8.2. Сақтанушы (Сақтандырылған тұлға) міндетті:



- 8.2.1. Сақтандыру келісімшартын жасасу кезінде Сақтандырушыға сақтандыру тәуекелін бағалау және сақтандыру келісімшартын жасасу туралы шешім қабылдау үшін маңызды барлық белгілі жағдайларды хабарлау
- 8.2.2. медициналық тексеруден өту;
- 8.2.3. Сақтандыру келісімшартында белгіленген мөлшерде, тәртіпте және мерзімде сақтандыру сыйақыларын төлеу;
- 8.2.4. Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының себептері, барысы және салдары, келтірілген шығынның сипаты мен мөлшері туралы пікір айтуға мүмкіндік беретін барлық ақпарат пен құжаттарды ұсыну.
- 8.3. Сақтандырушының құқығы бар:
- 8.3.1. Сақтандырушы (Сақтандырылған тұлға) берген ақпаратты, сондай-ақ Сақтандырушының (Сақтандырылғанның) Сақтандыру келісімшартының талаптары мен шарттарын орындауын тексеру;
- 8.3.2. Сақтандырылған тұлғаның ауру тарихын және кез келген басқа медициналық мәліметтерді, соның ішінде Сақтандырылған тұлғаның денсаулық жағдайы туралы ақпаратты сұрау;
- 8.3.3. Сақтандыру жағдайының белгілері бар оқиғаның себептері мен жағдайларын өз бетінше анықтау;
- 8.3.4. Сақтандырушыдан (Сақтандырылған тұлғадан) сақтандыру жағдайының фактісін анықтау үшін қажетті ақпарат пен құжаттарды талап ету;
- 8.3.5. Сақтандырылған тарапынан негізсіз талаптар болған жағдайда сақтандыру төлемінен бас тарту;
- 8.3.6. Сақтандыру келісімшарты бұзылған жағдайда ~ Сақтандыру келісімшартының шарттарына сәйкес сақтандыру сыйақысының бір бөлігіне;
- 8.3.7. Сақтандыру келісімшартына қол қойылғаннан кейін сақтандыру тәуекелінде елеулі өзгерістер болған жағдайда, тәуекелдің артуына сәйкес сақтандыру келісімшартының шарттарына өзгерістер енгізуді немесе қосымша сақтандыру сыйақысын төлеуді талап ету.
- 8.4. Сақтандырушы міндетті:
- 8.4.1. Сақтандырушыны (Сақтандырылған тұлғаны) Сақтандыру ережелерімен таныстыру;
- 8.4.2. Сақтандыру жағдайы туындаған кезде, Сақтандыру келісімшартында белгіленген мөлшерде, тәртіпте және мерзімде сақтандыру төлемін жүзеге асыру;
- 8.4.3. Сақтандыру құпиясын қамтамасыз ету.
- 8.5. Тараптар Сақтандыру ережелерімен және Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасымен қарастырылған басқа да құқықтарды пайдалана алады және міндеттерді орындай алады.

## **9. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫНЫҢ ӘРЕКЕТ ЕТУ МЕРЗІМІНДЕ САҚТАНДЫРУ ТӘУЕКЕЛІНІҢ АРТУЫНЫҢ САЛДАРЫ**

- 9.1. Сақтандырушы сақтандыру тәуекелінің артуына әкелетін жағдайлар туралы білген кезде, сақтандыру шартының шарттарын өзгерту немесе сақтандыру тәуекелінің артуына сәйкес қосымша сақтандыру сыйақысын төлеуді талап етуге құқылы.

## **10. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫ БОЛҒАН КЕЗДЕ САҚТАНДЫРЫЛУШЫНЫҢ ӘРЕКЕТТЕРІ**

- 10.1. Сақтандыру оқиғасы болған кезде сақтандырылушының әрекеттері осы Сақтандыру ережелерінің 1-бөлімінің 12-тармағында белгіленген тәртіпке сәйкес анықталады.
- 10.2. Егер Сақтандырылған тұлға басқа сақтандырушының сақтандыру келісімшарты бойынша немесе үшінші тұлғаға (мысалы, жол-көлік оқиғасындағы апат) талап қою мүмкіндігі болса, ол Сақтандырушыға мұндай сақтандыру келісімшарты мен үшінші тұлғаның жауапкершілігі туралы барлық құжаттар мен ақпаратты ұсынуы және Сақтандырушыға суброгация құқығын беруі тиіс.

10.3. Егер Сақтандырылған тұлға осы Ережелердің 2-бөлімінің 10.1-10.2 тармақтарының шарттарын орындамаса, Сақтандырушы сақтандыру төлемін төлеуден бас тартуға немесе оны өз қалауы бойынша шектеуге құқылы.

## **11. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫНЫҢ БОЛҒАНЫН ЖӘНЕ ЗАЛАЛДАРДЫҢ ӨЛШЕМІН РАСТАЙТЫН ҚҰЖАТТАР ТІЗІМІ. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМДЕРІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТУРАЛЫ ШЕШІМДЕРДІ ҚАБЫЛДАУ ТӘРТІБІ, ШАРТТАРЫ ЖӘНЕ МЕРЗІМДЕРІ**

11.1. Сақтандыру оқиғасының болғанын және сақтандыру төлемінің өлшемін растайтын құжаттар:

- 1) Сақтандырылған тұлғаның жарақат немесе аурудың сипаты мен дәрежесін сипаттайтын ауру тарихынан үзінді немесе өлім туралы ресми куәлік немесе сақтандыру жағдайының басталғанын растайтын уәкілетті тұлға немесе орган шығарған басқа ресми құжат.
- 2) Сақтандыру жағдайының басталуына байланысты Сақтандырылған тұлғаның шығындарын растайтын шоттардың, түбіртектердің және басқа төлем құжаттарының түпнұсқалары.

Жоғарыда аталған құжаттарды ұсыну және олардың толықтығы үшін Сақтандырылған тұлға жауапты.

11.2. Сақтандырушы Сақтандырылған тұлғадан немесе басқа тұлғалардан, немесе Сақтандырылған тұлғаға растамалар берген немесе ұсынылған шоттар, түбіртектер немесе басқа төлем құжаттары бойынша қызмет көрсеткен органдардан басқа құжаттарды, материалдарды және ақпаратты сұрауға құқылы, сақтандыру оқиғасының басталғанын және сақтандыру төлемінің мөлшерін анықтау үшін. Мұндай барлық құжаттар мен ақпарат Сақтандырушыға тегін ұсынылуы тиіс.

11.3. Сақтандыру төлемінің мөлшері осы Ережелердің 2-бөлімінің 11.1-тармағында көрсетілген құжаттар негізінде белгіленеді. Сақтандыру төлемін жүзеге асыру немесе оны жүзеге асырудан бас тарту туралы шешім осы Ережелердің 2-бөлімінің 11.1-тармағында көрсетілген барлық қажетті құжаттарды Сақтандырушы алған күннен бастап 10 (он) жұмыс күні ішінде қабылданады. Сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартқан жағдайда, Сақтандырушы Сақтанушыны (Сақтандырылған тұлғаны) бас тарту себептерін сипаттай отырып, жазбаша түрде хабардар етуі тиіс.

11.4. Сақтандыру төлемі сақтандыру жағдайына байланысты тиісті шығындардың құнын тиісті қызметтерді жеткізушілерге тікелей төлеу немесе сақтандыру жағдайына байланысты Сақтандырылған тұлғаның шығындарын өтеу арқылы жүзеге асырылады. Сақтандыру төлемі қолма-қол немесе қолма-қол ақшасыз түрде жүзеге асырылуы мүмкін.

11.5. Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуының негіздері:

11.5.1. Сақтанушының (Сақтандырылған тұлғаның) Сақтандырушыға сақтандыру объектісі, сақтандыру тәуекелі, сақтандыру жағдайы және оның салдары туралы әдейі жалған мәліметтер беруі;

11.5.2. Сақтанушының (Сақтандырылған тұлғаның) сақтандыру жағдайының орын алуына бағытталған қасақана әрекеттері;

11.5.3. Сақтанушының (Сақтандырылған тұлғаның) сақтандыру жағдайының орын алу жағдайларын зерттеуге және оның келтірген шығын мөлшерін анықтауға Сақтандырушыға кедергі келтіруі;

11.5.4. Сақтандыру жағдайының белгілері бар оқиғаның орын алғаны және/немесе оның салдарынан сақтандыру жағдайының орын алуы мүмкін екендігі туралы белгіленген мерзімде хабарламау.

11.6. Сақтандырушы келесі жағдайлар үшін сақтандыру төлемін жасамайды:

11.6.1. Сақтанушының (Сақтандырылған тұлғаның) жанама коммерциялық шығындары, айыппұл, жіберілген пайда;

11.6.2. моральдық зиян;

11.6.3. сот шығындары, егер Сақтандыру келісімшартында өзгеше көрсетілмесе.

## **12. ДАУЛАРДЫ ШЕШУ ТӘРТІБІ**

12.1. Сақтандыру шарты бойынша туындайтын даулар Тараптар арасында келіссөздер арқылы шешіледі. 12.2. Келісімге қол жеткізілмеген жағдайда, дау Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес сотқа беріледі.

## **13. ҚОСЫМША ШАРТТАР**

13.1. Осы Ережелерге Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес өзгерістер мен толықтырулар енгізілуі мүмкін.

### **3-БӨЛІМГЕ ҚОСЫМША 1 САҚТАНДЫРУДЫҢ АРНАЙЫ ШАРТТАРЫ**

#### **§1 Сақтандыру қамтуы келесі жағдайларды қамтамасыз етеді:**

1. Қазақстан Республикасының мемлекеттік органдарының талаптарына сәйкес медициналық тексеру;
2. Қазақстан Республикасында болған кезде ауру немесе жазатайым оқиға кезінде медициналық көмек;
3. Сақтандырылған тұлғаның тұратын жеріне Қазақстан Республикасынан медициналық эвакуация;
4. Сақтандырылған адам қайтыс болған жағдайда оның сүйегін Қазақстан Республикасынан тұрғылықты жеріне қайтару;
5. Сақтандыру қамтуы тек Қазақстан Республикасының аумағында болған кезде Сақтандырылған адаммен болған сақтандыру жағдайларына ғана қолданылады.

#### **§2 Медициналық тексеру**

6. Сақтандырушы Сақтандырылған адамды Уәкілетті медициналық қызмет көрсетушіде медициналық тексеруден өткізуге және Қазақстан Республикасының мемлекеттік органдарының талаптарына сәйкес 86 нысанында немесе басқа нысанда медициналық тексеруден өткендігі туралы тиісті растауды шығаруға жұмсалған шығындарды төлеуге міндеттенеді. Өткізілетін медициналық тексерудің көлемі осындай талаптармен анықталады.

#### **§3 Медициналық көмек**

7. Сақтандырушы Ауру жағдайында Дәрігер тағайындаған емдеуге байланысты шығындарды Сақтандыру бағдарламасы мен Сақтандыру келісімшартына сәйкес төлеуге міндеттенеді, атап айтқанда: 8. Ауруханада стационарлық емдеу, операция жүргізуге байланысты шығындарды қоса алғанда;
9. Амбулаторлық емдеу;
10. Стационарлық емдеу кезінде қажет болатын дәрі-дәрмектер мен таңу құралдары;
11. Сақтандыру бағдарламасы және/немесе Сақтандыру келісімшартымен қарастырылуы мүмкін басқа медициналық қызметтер.

#### **§4 Медициналық эвакуация**

12. Сақтандырылған тұлғаны тұрғылықты жеріне медициналық тұрғыдан қажетті және негізделген эвакуациялау жағдайында, Сақтандырушы жалпы немесе медициналық көлікті ұйымдастыру шығындарын Сақтандырылған тұлғаның тұрғылықты жеріне тағайындалған пунктке дейін төлеуге міндеттенеді. Тағайындалған пункт ретінде Сақтандырылған

тұлғаның тұрғылықты жеріндегі медициналық мекеме немесе оның тұрғылықты жеріндегі нақты мекенжайы саналады.

13. Сақтандырылған тұлғаны тұрғылықты жеріне эвакуациялау қажетті деп саналады, егер:
- егер қажетті білікті медициналық көмек Қазақстан Республикасының аумағында көрсетіле алмаса;
  - егер Ауруды емдеу ұзақ мерзімді стационарлық емдеуді немесе Сақтандырылған тұлғаның ұзақ мерзімді кейінгі оңалту емін талап етсе;
  - егер Сақтандырылған тұлға жазатайым оқиға немесе ауру салдарынан өздігінен қозғала алмаса немесе оның қозғалу қабілеті шектеулі болса;
  - медициналық эвакуация қажеттілігі тәуелсіз сараптама немесе Сақтандырушы тарапынан расталған басқа жағдайларда.

#### **§4 Қалдықтарды қайтару**

14. Сақтандырылған тұлға қайтыс болған жағдайда, Сақтандырушы келесі шығындарды төлеуге міндеттенеді:

- a) Қазақстан Республикасының аумағында жерлеу шығындары, немесе
  - b) Сақтандырылған тұлғаның қалдықтарын тұрғылықты жеріне қайтару шығындары.
- Бұл жағдайда тұрғылықты жеріне тағайындалған пункт ең жақын әуежай болып табылады. Қалдықтарды қайтару шығындары мыналарды қамтиды:
- мәйітті сақтау және бальзамдау шығындары (тасымалдауға дайындау);
  - қалдықтарды тұратын жеріне тасымалдауды ұйымдастыру шығындары.

## 4-БӨЛІМ. ЖҮКТІЛІКТІ ЖҮРГІЗУ ЖӘНЕ БОСАНУ ШЫҒЫНДАРЫН САҚТАНДЫРУ

### 1. АНЫҚТАМАЛАР

**1.1. Сақтандырушы** -«Sinoasia B&R» сақтандыру компаниясы» АҚ

**1.2. Сақтанушы** - Сақтандырушы компаниямен немесе жеке тұлғамен ерікті медициналық сақтандыру немесе ауру жағдайында ерікті сақтандыру келісімшартын жасаған компания немесе жеке тұлға

**1.3. Сақтандырылған тұлға (Сақтандырылған, Пайда алушы)** - Келісімшарт жасалған және тікелей Медициналық қызмет көрсетуге арналған жеке тұлға.

**1.4. Медициналық қызмет көрсету** - Сақтандырылған тұлғаға медициналық қызметтерді ұйымдастыру, медициналық қызметтерді көрсету немесе фармацевтикалық препараттарды сату қызметтері, Сақтандырылғанның жағдайына байланысты Медициналық қызметтерді жеткізушілермен көрсетіледі;**1.5.Дәрігер** - жоғары медициналық білімі бар, жеке медициналық практикамен айналысуға лицензиясы бар немесе Медициналық қызметтерді жеткізушіде жұмыс істейтін маманды білдіреді;

**1.6. Келісімшарт** - Сақтандырушы мен Сақтанушы арасында Сақтандырылған(дар) тұлғаларға қатысты медициналық сақтандыру бойынша жасалған ерікті медициналық сақтандыру келісімшартын білдіреді;

**1.7. Сақтандыру бағдарламасы** - Сақтандыру жағдайының негізгі белгілерін және сақтандыру сомаларын (сақтандыру лимиттерін) анықтайтын таңдалған сақтандыру қамтуының сипаттамасын білдіреді, бұл сақтандыру келісімшарты бойынша жалпы және Сақтандырылған тұлғаның жағдайына байланысты жеке қызмет түрлері бойынша. Сақтандыру бағдарламасы медициналық сақтандырудың барлық немесе жеке бөлімдерін қамтуы мүмкін.

**1.8. Сақтандыру сыйақысы** - Сақтандырушыға Сақтандырушының таңдалған Сақтандыру бағдарламасына сәйкес Сақтандырылған тұлғаларды сақтандыру қызметтері үшін төлейтін сыйақысы;

**1.9.Медициналық қызмет көрсетушілер** - Қазақстан Республикасында медициналық қызмет көрсету немесе фармацевтикалық препараттарды сату үшін тиісті лицензиялары бар жеке және заңды тұлғалар.

**1.10. Уәкілетті медициналық қызмет көрсетушілер-** Сақтандырушының Сақтандырылған тұлғаларға медициналық қызмет көрсету туралы келісімшарт жасаған медициналық қызмет көрсетушілер. Уәкілетті медициналық қызмет көрсетушілер сақтандыру келісімшарты бойынша пайда алушылар болып табылады.

**1.11.Медициналық пластикалық карточка** - Сақтандырушының Сақтандырылған тұлғаға Сақтандыру келісімшартына сәйкес берілетін ақпараттық карточка, онда Сақтандырылған тұлғаның идентификациялық нөмірі, тегі, аты және әкесінің аты, сақтандыру қорғауының басталу және аяқталу күндері, сондай-ақ Сақтандырушының колл-орталығының телефон нөмірлері көрсетілген. Медициналық пластикалық карточка Сақтандырылған тұлғаның Уәкілетті медициналық қызмет көрсетушілерден медициналық қызмет алу және/немесе Сақтандырылған тұлғаның сақтандыру бағдарламасына сәйкес медициналық шығындарды өтеу құқығын растайды. Медициналық пластикалық карточка тек Сақтандырылған тұлғаның жеке куәлігін көрсеткенде ғана жарамды;

**1.12.Жағдай** - жүктілік немесе босану жағдайы;

**1.13.Сақтандыру төлемі** - Сақтандырушы тарапынан Сақтандырылған тұлғаның Сақтандыру бағдарламасымен анықталған сақтандыру сомасы шегінде сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары туындаған кезде төленетін ақша сомасы;

**1.14. Сақтандыру жағдайы** - Сақтандыру шартының әрекет ету мерзімінде Сақтандырылған тұлғаның Сақтандыру бағдарламасында қарастырылған қызметтерді алу үшін Медициналық қызмет көрсетушілерге жүгінуі және Сақтандырушы тарапынан

қаржыландырылуға жататын Медициналық қызмет көрсету шығындарының немесе Сақтандырылған тұлғаның Медициналық қызмет көрсету шығындарының туындауы;

1.15. **Сақтандыру қамтуы** - Сақтандыру шартымен және сәйкес Сақтандыру бағдарламасымен қарастырылған сақтандыру төлемін жүзеге асыру шарттары (соның ішінде жалпы және жекелеген Медициналық қызмет көрсету түрлері бойынша сақтандыру сомасы, франшиза - егер қолданылса, және т.б.) және Сақтандыру жағдайының негізгі белгілерін анықтайтын шарттар

1.16. Сақтандыру сомасы (сақтандыру лимиті) - Сақтандырушының сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары туындаған кезде келісімшарттың әрекет ету мерзімі ішінде жауапкершілігінің шекті көлемі.

## **2. САҚТАНДЫРУ НЫСАНЫ**

2.1. Ерікті медициналық сақтандырудың объектісі - Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келмейтін, сақтандырылған тұлғаның (сақтандырылғанның) еңбекке қабілеттілігінің шектелуіне немесе ұзақ уақытша еңбекке жарамсыздыққа әкелетін жағдайдың туындауына байланысты мүлктік мүдделері және осы жағдайға байланысты сақтандырылғанның шығындары.

## **3. САҚТАНДЫРЫЛҒАНДАР**

3.1. Сақтандырылғандар 18 жастан 40 жасқа дейінгі тұлғалар болуы мүмкін, егер сақтандыру келісімшартында өзгеше көрсетілмесе.

3.2. Осы Ережелердің 1-бөлімінің 3.2-тармағында көрсетілген аурулары немесе басқа да жағдайлары бар тұлғалар сақтандыруға жатпайды.

3.3. Сақтандыруға жатпайтын келесі тұлғалар:

3.3.1. жүктіліктің 24-ші аптасынан кейін сақтандыруға жүгінген тұлғалар;

3.3.2. жүктілігі жасанды ұрықтандыру процедурасымен байланысты тұлғалар.

3.4. Осы Ережелердің 4-бөлімінің 3.2 және 3.3-тармақтарында көрсетілген аурулар немесе жағдайлар анықталған жағдайда, Сақтандырушы мұндай тұлғаларға қатысты жасалған Сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзуға құқылы. Бұл ретте Сақтандырушы толық төленген сақтандыру сыйақысын ұстап қалуға құқылы (егер Сақтандырылған тұлға мұндай ауру немесе жағдайлар туралы ақпаратты жасырған болса немесе жүктіліктің екінші триместрінде мұндай ауру анықталса), немесе сыйақының бір бөлігін қайтаруға құқылы (егер Сақтандыру шартының әрекет ету мерзімінде жүктіліктің бірінші триместрінде алғаш рет диагноз қойылған ауру болса).

## **4. САҚТАНДЫРУ СОММАСЫ**

4.1. Сақтандыру соммасы (сақтандыру лимиті) - Сақтандыру шартымен анықталған ақша сомасы, оның шегінде Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асыруға міндеттенеді және ол сақтандыру сыйақысының мөлшерін анықтаудың негізі болып табылады.

4.2. Сақтандыру сомасы - Сақтандыру келісімшарты бойынша сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары орын алған кезде Сақтандырушының жауапкершілігінің шекті көлемі, ол Сақтанушы мен Сақтандырушы арасында әрбір Сақтандырылған тұлға үшін таңдалған Сақтандыру бағдарламасына сәйкес жеке келісім бойынша анықталады. Сақтандыру сомасы бүкіл Сақтандыру келісімшарты бойынша немесе жекелеген қызмет түрлері бойынша белгіленуі мүмкін.

4.3. Келісімшарт мерзімі ішінде сақтандыру сомасы тараптардың келісімі бойынша Сақтандыру келісімшартына қосымша келісім жасау арқылы өзгертілуі мүмкін.

## **5. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫ**

5.1. Сақтандыру жағдайы - сақтандыру келісімшартында қарастырылған, орын алған оқиға, оның нәтижесінде Сақтандырушының сақтандыру төлемін жасау міндеті туындайды. Осы Ережелерге сәйкес, Сақтандыру жағдайы - Сақтандырылған тұлғаның Сақтандыру келісімшартының әрекет ету мерзімі ішінде медициналық көмек немесе Сақтандыру бағдарламасында қарастырылған қызметтерді алу үшін медициналық қызмет көрсетушілерге жүгінуі және Сақтандырушы тарапынан қаржыландырылуға жататын медициналық қызмет көрсету шығындарының және/немесе Сақтандырылған тұлғаның медициналық қызмет көрсету бойынша өтелуге жататын шығындарының пайда болуы.

5.2. Сақтандыру жағдайы болып табылмайды Сақтандырылған тұлғаның медициналық қызметтер алу үшін жүгінуі:

5.2.1. Сақтандыру бағдарламасы мен сақтандыру келісімшартында қарастырылмаған;

5.2.2. Сақтандыру бағдарламасында қарастырылмаған медициналық мекемелерге, Сақтандырушының алдын ала келісімінсіз;

5.2.3. Осы Ережелердің 1-бөлімінің 6.2 және 6.3-тармақтарында көрсетілген жағдайларға байланысты.

5.3. Ерікті медициналық сақтандыру шарты сақтандыру бағдарламасы бойынша жасалады, ол сақтандырудың нақты шарттарын, сақтандыру жағдайының негізгі белгілерін және сақтандыру сомаларын (сақтандыру лимиттерін) шарт бойынша жалпы және жекелеген қызмет түрлері бойынша қарастырады. Аталған сақтандыру бағдарламалары сақтандырылған тұлғаға келесі медициналық көмек түрлерін ұсынуды қарастыруы мүмкін:

5.3.1. Амбулаторлық-поликлиникалық көмек, жүктілікті жүргізу бойынша үйде көмек көрсету; 5.3.2. Босану кезінде стационарлық медициналық көмек;

5.3.3. Жедел медициналық көмек;

Жоғарыда аталған сақтандыру қамту түрлерінің егжей-тегжейлі сипаттамасы осы Ережелердің 4-бөліміне қосымша 1-де келтірілген, ол осы Ережелердің ажырамас бөлігі болып табылады.

## **6. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАЛАРЫНАН ШЫҒАРЫЛҒАН ЖАҒДАЙЛАР ЖӘНЕ САҚТАНДЫРУ ШЕКТЕУЛЕРІ**

6.1. Сақтандыру қамтуы келесілерді қамтымайды:

6.1.1. Сақтандыру келісімшартының әрекет ету мерзімінде пайда болатын ауруларды емдеу. Бұл ерекшелік, егер сақтандыру осы Ережелердің 1-бөлімінде қарастырылған сақтандыруға қосымша ретінде 4-бөлімге сәйкес сатып алынған болса, қолданылмайды.

6.1.2. Жүктілікті ұзу қаупі кезінде стационарлық медициналық көмек, егер сақтандыру келісімшартында өзгеше көрсетілмесе;

6.1.3. Сақтандыру келісімшартында өзгеше көрсетілмесе, босану кезінде хирургиялық араласу.

6.2. Босану шығындарын жабу кезінде сақтандыру қамтуы стационардың босану бөлімінде 7 күн болу мерзімімен шектеледі.

6.3. Сақтандыру қамтуы сақтандыру келісімшартында өзгеше көрсетілмесе, жүктілік кезінде келесі патологиялық жағдайларды емдеуге арналған шығындарды қамтымайды:

- Плацентаның алдын ала орналасуы. Төмен плацентация;

- Плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы;

- Жүкті әйелдердегі қант диабеті;

- Анемиялар;

- Қосымша аурулар және экстрагениталды аурулардың өршуі;

- Ізгі және қатерлі ісіктер;

- Перинаталдық инфекциялар;

- Аз сулы;

- Көп сулы;
- Ерте босану қаупі;
- Түсік тастау қаупі;
- Резус-сезімталдық;
- Гестоз;
- Токсикоз;
- Жүкті әйелдердің құсуы;
- Кеш түсік тастау қаупі;
- Жатырдағы тыртық;
- ИЦН жағдайлары (истмико-цервикалдық жеткіліксіздік);
- Созылмалы фетоплацентарлық жеткіліксіздік;
- Көпұрықты жүктілік

6.4. Жүктілік кезінде 4-бөлімнің 6.3-тармағында сипатталған патологиялық жағдайлар анықталған жағдайда, Сақтандырушы сақтандыру төлемдерін қайтару арқылы Сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзуға құқылы, бұл ретте Сақтандырушыға белгілі болған сақтандыру төлемдерінің сомасын, Сақтандырушыға мәлімделмеген сақтандыру төлемдеріне арналған резерв сомасын, сондай-ақ Сақтандыру шартын басқаруға арналған шығындар сомасын, яғни сыйақы сомасының 15%-ын ұстап қалады.

## **7. САҚТАНДЫРУ СЫЙАҚЫСЫ**

7.1. Сақтандыру сыйақысы - сақтандырушы сақтандыру жағдайы орын алған кезде сақтандыру төлемін жүзеге асыру міндеттемесін қабылдағаны үшін сақтанушы сақтандырушыға төлеуге міндетті сақтандыру ақысы.

7.2. Сақтандыру сыйақысы сақтанушы тарапынан бір жолғы төлем ретінде немесе сақтандыру келісімшартын жасаған кезде бүкіл сақтандыру мерзіміне бірден төленеді немесе бөліп төлеу (сақтандыру жарналарын төлеу) арқылы жүзеге асырылады. Сақтандыру сыйақысын төлеу тәртібі сақтандыру келісімшартында анықталады.

## **8. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫ: МЕРЗІМІ ЖӘНЕ ӘРЕКЕТ ЕТУ ОРНЫ, ҚОРЫТЫНДЫЛАУ ТӘРТІБІ, ТОҚТАТУ ШАРТТАРЫ**

8.1. Сақтандыру шарты 270 күнге дейінгі мерзімге Қазақстан Республикасының аумағында әрекет етуімен жасалады.

8.2. Сақтандыру шарты жазбаша түрде жасалуы тиіс және Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасында көзделген мәміленің жарамдылық шарттарына сәйкес болуы керек. 8.3. Ережелерде қамтылған, бірақ сақтандыру шартының мәтініне енгізілмеген шарттар Сақтанушы (Сақтандырылған) үшін міндетті болып табылады, егер сақтандыру шартында мұндай Ережелерді қолдану тікелей көрсетілсе және/немесе Ережелер шартпен бір құжатта баяндалса немесе оған қоса берілсе. Сақтандыру шартын жасасу кезінде Сақтанушы мен Сақтандырушы Қазақстан Республикасының заңнамалық және нормативтік құқықтық актілерімен белгіленген шектерде Ережелердің жекелеген ережелерін өзгерту немесе алып тастау және Ережелерді толықтыру туралы келісуі мүмкін.

8.4. Бірнеше Сақтандырылған тұлға болған жағдайда, Сақтанушы Сақтандырушы белгілеген нысан бойынша Сақтандырылған тұлғалардың тізімін жасайды, ол сақтандыру шартына қоса беріледі және оның ажырамас бөлігі болып табылады.

8.5. Сақтандыру сыйақысы (сақтандыру жарнасы) төленгеннен кейін 7 жұмыс күні ішінде, Сақтандырылғандардың Тізімі ұсынылған жағдайда, Сақтандырушыға Сақтандырылған тұлғалардың санына сәйкес Медициналық пластикалық карточкалар, Сақтандыру ережелері мен Сақтандыру бағдарламаларының қосымшасымен бірге беріледі.



8.6. Сақтандыру шарты, егер онда өзгеше көзделмесе, сақтандыру сыйақысы немесе оның алғашқы сақтандыру жарнасы төленген сәтте күшіне енеді және осы Ережелердің 4-бөлімінің 8.7-тармағында көзделген қандай да бір оқиға болғанға дейін әрекет етеді.

8.7. Сақтандыру шарты келесі жағдайларда тоқтатылады:

- a. оның әрекет ету мерзімі аяқталған кезде;
- b. Сақтандырушының сақтандыру шарты бойынша өз міндеттемелерін толық көлемде орындауы (медициналық қызметтердің құнын сақтандыру сомасы мөлшерінде төлеу);
- c. Егер сақтандыру шартында осы Ережелердің 4-бөлімінің 1-қосымшасының 1-бөліміне сәйкес сақтандыру қамтуы қарастырылған болса (жүктілікті жүргізу) - сақтандырылған тұлғаны босандыру үшін ауруханаға жатқызу (босану толғақтарының басталуы);
- d. Егер сақтандыру шарттарында осы Ережелердің 4-бөлімінің 1-қосымшасының 1 және 2-бөлімдеріне сәйкес сақтандыру қамтуы қарастырылған болса (жүктілікті жүргізу және босану) - сақтандырылған тұлғаны стационардың босану бөлімінен шығару;
- e. Сақтандырылған тұлғаның қайтыс болуы, егер сақтандыру шарты бойынша тек бір адам сақтандырылған болса;
- f. соттың сақтандыру келісімшартын жарамсыз деп тану туралы шешім қабылдауы;
- g. тараптардың келісімі бойынша келісімшартты бұзу;
- h. Сақтанушының бастамасымен сақтандыру келісімшартын бұзу;
- i. Сақтандырушының бастамасымен сақтандыру келісімшартын бұзу жағдайлары:
  - Сақтанушының сақтандыру сыйақысын (оның кезекті сақтандыру жарнасын) белгіленген мерзімде төлемеуі;
  - Сақтандырушының медициналық қызметтердің құнының өсуі туралы хабардар етілгеннен кейін, шарттың шарттарын өзгертуге немесе Сақтандырушының талабы бойынша сақтандыру сыйақысын қосымша төлеуден бас тартуы;
  - Сақтандырылған тұлғаның медициналық пластикалық картасын басқа адамға сақтандыру шарты бойынша медициналық қызметтер алу мақсатында беру фактісінің анықталуы;
  - заңнамада көзделген басқа жағдайларда.

8.8. Сақтандыру шартын мерзімінен бұрын тоқтату жағдайында сақтандыру сыйақысын (сақтандыру жарналарын) қайтару, егер шартта өзгеше көзделмесе, тек сол шарт бойынша сақтандыру төлемдері болмаған жағдайда және сақтандыру мерзімі 45 күннен аз болған жағдайда жүзеге асырылады. Сақтандыру сыйақысын қайтару сақтандыру шарты бойынша нақты түскен сақтандыру сыйақысы (сақтандыру жарналары) сомасынан; сақтандыру сыйақысы (сақтандыру жарнасы) төленген сақтандырудың аяқталмаған кезеңіне пропорционалды түрде, іс жүргізу шығындарын шегеріп жүзеге асырылады.

8.9. Осы Ережелерде көрсетілген негіздер бойынша сақтандыру шартын мерзімінен бұрын тоқтату ниеті туралы тараптар бір-бірін жазбаша түрде хабардар етуге міндетті. Бұл ретте, сақтандыру шарты сақтандыру шартын тоқтату туралы хабарламаны басқа тарапқа жіберген сәттен бастап 10 күн өткен соң бұзылған болып есептеледі.

## **9. ТАРАПТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ**

9.1. Тараптардың құқықтары мен міндеттері осы Ережелердің 1-бөлімінің 10-тармағына сәйкес белгіленеді.

## **10. САҚТАНДЫРУ ТӘУЕКЕЛІНІҢ АРТУЫНЫҢ САЛДАРЫ**

10.1. Сақтандыру тәуекелінің елеулі артуы деп мерзімінен бұрын босану, перинаталдық патологиялардың салдары, фондық аурулардың болуы (анемия, рахит, гипотрофия,

паратрофия және т.б.), Сақтандырылған тұлғаның тұратын жерінде қажетті санитарлық-гигиеналық жағдайлардың болмауы саналады.

10.2. Сақтандырушы сақтандыру тәуекелінің артуына әкелетін жағдайлар туралы білген кезде, сақтандыру келісімшартын өзгерту немесе сақтандыру тәуекелінің артуына сәйкес қосымша сақтандыру сыйақысын төлеуді талап етуге, немесе осы Ережелердің 5-бөлімінің 10.1-тармағына сәйкес сақтандыру тәуекелі артқан сақтандырылған тұлғаға қатысты сақтандыру келісімшартын мерзімінен бұрын бұзуға құқылы.

## **11. САҚТАНДЫРЫЛҒАН ТҰЛҒАНЫҢ САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫ БОЛҒАН КЕЗДЕГІ ӘРЕКЕТТЕРІ**

11.1. Сақтандыру оқиғасы болған кезде сақтандырылған тұлғаның әрекеттері осы сақтандыру ережелерінің 1-бөлімінің 12-тармағында белгіленген тәртіпке сәйкес анықталады.

## **12. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫНЫҢ БОЛҒАНЫН ЖӘНЕ ЗАЛАЛДАРДЫҢ МӨЛШЕРІН РАСТАЙТЫН ҚҰЖАТТАР ТІЗІМІ. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМДЕРІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТУРАЛЫ ШЕШІМ ҚАБЫЛДАУ ТӘРТІБІ, ШАРТТАРЫ ЖӘНЕ МЕРЗІМДЕРІ**

12.1. Сақтандыру төлемін жүзеге асыру үшін құжаттарды ұсыну тәртібі, сақтандыру төлемін жүзеге асырудағы шектеулер, сондай-ақ сақтандыру төлемдерін жүзеге асыру туралы шешім қабылдау мерзімдері мен шарттары осы Ережелердің 1-бөлімінің 13 және 14-тармақтарына сәйкес анықталады.

12.2. Сақтандырылған тұлға Сақтандыру бағдарламасына сәйкес тиісті медициналық қызмет түрлері бойынша тиісті сақтандыру сомаларынан асатын сомаға медициналық қызмет алған жағдайда, Сақтандырушы (Сақтандырылған тұлға) төлем туралы талап алған күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде Сақтандырушыға айырмашылықты өтеуге міндетті. Егер жоғарыда көрсетілген мерзім ішінде өтемақы алынбаса, Сақтандырушы мұндай Сақтандырылған тұлғаға медициналық қызмет көрсетуді ұйымдастыруды және сақтандыру төлемдерін жүзеге асыруды өтемақы жасалғанға дейін тоқтата тұруға құқылы.

12.3. Сақтандырушы (Сақтандырылған тұлға) үшін сақтандыру қорғанысы басталғанға дейін/тоқтатылғаннан кейін немесе Сақтандырылған тұлғаның Сақтандыру бағдарламасында қарастырылмаған медициналық қызметтерді алған жағдайда, Сақтандырушы төлем туралы талап алған күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде Сақтандырушыға көрсетілген шығындарды өтеуге міндетті.

## **13. АРНАЙЫ ШАРТТАР**

13.1. Тараптардың келісімі бойынша Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келмейтін ерекше шарттар (сақтандыру ескертпелері, анықтамалар, алып тастаулар және т.б.) осы Ережелерге сәйкес жасалатын Сақтандыру шартына енгізілуі мүмкін.

## **14. ДАУЛАРДЫ ШЕШУ ТӘРТІБІ**

14.1. Сақтандыру шарты бойынша туындайтын даулар Тараптар арасында келіссөздер арқылы қаралады. 14.2. Келісімге қол жеткізілмеген жағдайда, дау Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында белгіленген тәртіппен сотқа беріледі.

## **15. ҚОСЫМША ШАРТТАР**

15.1. Осы Ережелерге Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес өзгерістер мен толықтырулар енгізілуі мүмкін.

#### **4-БӨЛІМГЕ ҚОСЫМША 1 САҚТАНДЫРУДЫҢ АРНАЙЫ ШАРТТАРЫ**

##### **1-бөлім. Жүктілікті жүргізу**

Сақтандырушы сақтандыру сомасы шегінде сақтандыру қамтуына кіретін келесі медициналық қызметтерді төлеуге міндеттенеді:

1. Тәулік бойы диспетчерлік қызметпен байланыс; денсаулық жағдайын бақылау.  
2. Поликлиникадағы Медициналық компанияның акушер-гинекологының медициналық қызмет көрсетуі, оған мыналар кіреді:

- анамнез жинау;
- тексеру;
- антропометрия;
- бойды, салмақты өлшеу;
- қан қысымын өлшеу;
- жамбастың өлшемдері мен пішінін өлшеу;
- жүктіліктің мерзімін анықтау;
- іштің айналымын өлшеу;
- жатыр түбінің биіктігін өлшеу;
- ұрықтың орналасуын, позициясын, алдыңғы бөлігін анықтау;
- ұрықтың жүрек соғысын тыңдау;
- амбулаториялық карталарды жүргізу;
- жүкті әйелдің соматикалық аурулары кезінде диагноз қою;
- ем тағайындау;
- уақытша еңбекке жарамсыздық сараптамасы;
- ауруханаға жатқызуды ұйымдастыру (қажет болған жағдайда);

ол келесі мерзімдерде өткізіледі:

- 1-ші келу - 12 аптаға дейін
- 2-ші келу - 16-20 апта мерзімінде
- 3-ші келу - 24-25 апта мерзімінде
- 4-ші келу - 30-32 апта мерзімінде
- 5-ші келу - 36 апта мерзімінде
- 6-шы кездесу - 38-40 апта аралығында
- 7-ші кездесу - 41 аптада

3. Келесі тар мамандардың кеңестері

- терапевт - есепке алу кезінде - 10-12 апта және 30 аптада;
- окулистке - есепке алу кезінде - 10-12 апта;
- генетикке - 10-12 аптада, 20-24 аптада;
- стоматологқа - есепке алу кезінде;
- отоларингологқа - есепке алу кезінде;
- эндокринологқа - есепке алу кезінде

4. Зертханалық зерттеулер (тексеру кестесіне сәйкес):

- жалпы қан талдауы (ЖҚТ) - 5 рет: Есепке алу кезінде - 10-12 апта; 16-20 апта; 24-25 апта; 30-32 апта; 38-40 апта
- жалпы зәр талдауы (ЖЗТ) - 6 рет және көрсеткіштер бойынша: есепке алу кезінде - 10-12 апта; 16-20 апта; 24-25 апта; 30-32 апта; 36 апта; 38-40 апта;
- биохимиялық қан талдауы - 1 рет (30 аптада);
- ИФА немесе РИФ келесі инфекцияларға: хламидия, уреоплазма уреалитикум, цитомегаловирус, 2 типті герпес, микоплазма, бруцеллез, токсоплазмоз, листериоз - бір рет;

- Резус-фактор, қан тобы - есепке алу кезінде - 10-12 апта;
- RW - 2 рет: 10-12 апта, 30-32 апта;
- АИТВ-2 рет: 10-12 апта, 30-32 апта;
- HBsAg- есепке алу кезінде 10-12 апта
- жағынды зерттеу - 3 реттен артық емес: 10-12 апта; 30-32 апта; 36-38 апта
- цервикалдык каналдан бак. себу - 35 аптадан кейін босануға дейін
- зәрді бактериологиялық себу - бір рет - көрсеткіштер бойынша
- коагулограмма - 30 аптада;
- биохимиялық генетикалық маркерлер (генетиктің бағыттауымен) - 10-12 аптада; 20-24 аптада

5. Аспаптық зерттеулер:

- Кіші жамбас ағзаларының УДЗ - 3 рет: 10-14 апта; 20-24 апта; 30-34 апта;
- ЭКГ-1 рет - есепке алу кезінде;
- ұрықтың кардиотокографиясы - 1 рет – жүктіліктің 38 аптасында.

6. Орта медициналық қызметкерлердің қызметтері (бұлшықетке, көктамырға, тері астына инъекциялар, көктамырға инфузиялар, қан талдауға алу) - акушер-гинекологтың тағайындауы бойынша.

7. Босануға психопрофилактикалық дайындық сабақтары - Дәрігердің жолдамасы бойынша 30-32 апта мерзімінде қатысу. Сабақтарды «Аист» ЖШС Орталығының мамандары өткізеді. Курс 4 сабақтан тұрады: 2 сабақ жүкті әйелдерді босануға психофизикалық дайындау бойынша, 2 сабақ емшекпен емізу және бала күтімі мәселелері бойынша.

## **2-бөлім. Босандыру**

Сақтандырушы сақтандыру сомасы шегінде сақтандыру қамтуына кіретін келесі медициналық қызметтерді төлеуге міндеттенеді:

1. Физиологиялық босану - физиологиялық босану кезінде медициналық қызметтерді жеткізушілердің қызметтері. Физиологиялық босану дегеніміз - қалыпты, табиғи босану, ешқандай асқынусыз, жүктіліктің 38-40 аптасында (10 акушерлік ай) табиғи босану жолдары арқылы, салмағы шамамен 3,3 килограмм және бойы 50-55 сантиметр болатын жетілген, сау ұрықтың баспен келуімен, ұрық қабықтары мен плацентаның енгізілуімен сипатталады. Физиологиялық босану патологиялық босанудан ауытқулардың болмауымен ерекшеленеді (оған кесар тілігі, босану қызметінің әлсіздігі, қан кетулер жатады). Патологиялық босану - егер мұндай қамту Сақтандыру бағдарламасында және/немесе Сақтандыру келісімшартында қарастырылған болса, патологиялық босану кезінде медициналық қызметтерді жеткізушілердің қызметтері.

## 5-БӨЛІМ. 1 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫ САҚТАНДЫРУ

### 1. АНЫҚТАМАЛАР

1.1. **Сақтандырушы**- «SinoasiaB&R» Сақтандыру компаниясы» АҚ

1.2. **Сақтандырушы** - компания немесе жеке тұлға (Сақтандырылғанның ата-анасы), Сақтандырушы ерікті медициналық сақтандыру келісімшарты;

1.3. Сақтандырылған тұлға (Сақтандырылған, Пайда алушы) - 1 жасқа дейінгі бала, оның пайдасына Келісімшарт жасалған және оған тікелей Медициналық қызмет көрсету ұсынылады.

1.4. **Медициналық қызмет көрсету** -медициналық қызметтерді ұйымдастыру бойынша қызметтерді ұсыну, Сақтандырылғанға медициналық қызметтерді ұсыну немесе Сақтандырылғанға арналған фармацевтикалық препараттарды сату бойынша Медициналық қызметтерді жеткізушілермен жасалған келісім;

1.5. **Туа біткен аурулар** - тұқым қуалайтын аурулар мен даму ақауларын және ішкі құрсақтық даму кезінде пайда болған аурулар мен даму ақауларын білдіреді.

1.6. **Дәрігер** - жоғары медициналық білімі бар, жеке медициналық практикамен айналысуға лицензиясы бар немесе Медициналық қызметтер жеткізушісінде жұмыс істейтін маманды білдіреді;

1.7. **Шарт** - Сақтандырушы мен Сақтанушы арасында Сақтандырылған тұлғаларға медициналық сақтандыруға қатысты жасалған ерікті медициналық сақтандыру Шартын білдіреді;

1.8. **Сақтандыру бағдарламасы**- Сақтандыру жағдайының негізгі белгілерін және сақтандыру сомаларын (сақтандыру лимиттерін) анықтайтын таңдалған сақтандыру қамтуының сипаттамасын білдіреді, бұл сақтандыру шарты бойынша жалпы және Сақтандырылғанға көрсетілетін жекелеген қызмет түрлері бойынша. Сақтандыру бағдарламасы медициналық сақтандырудың барлық немесе жекелеген бөлімдерін қамтуы мүмкін.

1.9. Сақтандыру сыйақысы - Сақтандырушыға Сақтанушы тарапынан таңдалған Сақтандыру бағдарламасына сәйкес Сақтандырылған тұлғаларды сақтандыру қызметтері үшін төленетін сыйақы; 1.10. Медициналық қызмет көрсетушілер - Қазақстан Республикасында медициналық қызмет көрсету немесе фармацевтикалық препараттарды сату үшін тиісті лицензиялары бар жеке және заңды тұлғалар.

1.11. Уәкілетті медициналық қызмет көрсетушілер - Сақтандырушыға Сақтандырылған тұлғаларға медициналық қызмет көрсету туралы келісімшарт жасаған медициналық қызмет көрсетушілер. Уәкілетті медициналық қызмет көрсетушілер сақтандыру келісімшарты бойынша пайда алушылар болып табылады.

1.12. Медициналық пластикалық карточка - Сақтандырушы тарапынан Сақтандырылған тұлғаның ата-анасына Сақтандыру келісімшартына сәйкес берілетін ақпараттық карточка, онда Сақтандырылған тұлғаның идентификациялық нөмірі, тегі, аты және әкесінің аты, сақтандыру қорғауының басталу және аяқталу күндері, сондай-ақ Сақтандырушының колл-орталығының телефон нөмірлері көрсетілген. Медициналық пластикалық карточка Сақтандырылған тұлғаның Уәкілетті медициналық қызмет көрсетушілерден медициналық қызмет алу және/немесе Сақтандырылған тұлғаның Сақтандыру бағдарламасына сәйкес медициналық шығындарды өтеу құқығын растайды;

1.13. Сақтандыру төлемі - Сақтандырушы тарапынан Сақтандырылған тұлғаның Сақтандыру бағдарламасымен анықталған сақтандыру сомасы шегінде сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары туындаған кезде Сақтандыру келісімшартының бүкіл мерзімі ішінде төленетін ақша сомасы;

1.14. Сақтандыру жағдайы - Сақтандыру келісімшартының әрекет ету мерзімінде Сақтандырылған тұлғаның Медициналық қызметтерді жеткізушілерге Сақтандыру

бағдарламасында қарастырылған қызметтерді алу үшін жүгінуі және Сақтандырушы тарапынан Медициналық қызмет көрсетуге немесе Сақтандырылған тұлғаның Медициналық қызмет көрсетуге кеткен шығындарын қаржыландыруға жататын шығындардың пайда болуы;

1.15. Сақтандыру жабуы - Сақтандыру келісімшарты мен сәйкес Сақтандыру бағдарламасында қарастырылған сақтандыру төлемін жүзеге асыру шарттары (соның ішінде жалпы және жеке Медициналық қызмет көрсету түрлері бойынша сақтандыру сомасы, франшиза - егер қолданылса, және т.б.) және Сақтандыру жағдайының негізгі белгілерін анықтайды.

1.16. Сақтандыру сомасы (сақтандыру лимиті) - Сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары туындаған кезде Сақтандырушының жауапкершілігінің шекті көлемі, Келісімшарттың барлық әрекет ету мерзімінде.

## **2. САҚТАНДЫРУ НЫСАНЫ**

2.1. Ерікті медициналық сақтандырудың объектісі - Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келмейтін, Сақтандырушының (Сақтандырылғанның ата-анасының) Сақтандырылғанға медициналық көмек алу шығындарының пайда болу қаупімен байланысты мүлктік мүдделері.

## **3. САҚТАНДЫРЫЛҒАНДАР**

3.1. Сақтандырылғандар 1 жасқа дейінгі балалар болуы мүмкін.

3.2. Туа біткен аурулары бар балалар, сондай-ақ осы Сақтандыру ережелерінің 1-бөлімінің 3.3 және 7-тармақтарында көрсетілген аурулары бар балалар сақтандыруға жатпайды.

3.3. Осы Ережелердің 5-бөлімінің 3.2-тармағында көрсетілген ауру немесе жағдайлар анықталған жағдайда, Сақтандырушы мұндай тұлғаларға қатысты жасалған Сақтандыру шартын мерзімінен бұрын бұзуға құқылы. Бұл ретте Сақтандырушы сақтандыру сыйақысын толықтай ұстап қалуға (Сақтанушы немесе Сақтандырылғанның ата-анасы мұндай ауру туралы ақпаратты жасырған жағдайда) немесе сыйақының бір бөлігін қайтаруға (Сақтандыру шартының әрекет ету кезеңінде алғаш рет диагноз қойылған ауру жағдайында) құқылы.

## **4. САҚТАНДЫРУ СОММАСЫ**

4.1. Сақтандыру соммасы (сақтандыру лимиті) - Сақтандыру шартымен анықталған ақша сомасы, оның шегінде Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асыруға міндеттенеді және ол сақтандыру сыйақысының мөлшерін анықтаудың негізі болып табылады.

4.2. Сақтандыру сомасы - Сақтандыру шартының әрекет ету кезеңінде сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары туындаған кезде Сақтандырушының жауапкершілігінің шекті көлемі, ол Сақтанушы мен Сақтандырушы арасында әрбір Сақтандырылған үшін таңдалған Сақтандыру бағдарламасына сәйкес жеке келісім бойынша анықталады. Сақтандыру сомасы бүкіл Сақтандыру шарты бойынша немесе жекелеген қызмет түрлері бойынша белгіленуі мүмкін.

4.3. Келісімшарт мерзімі ішінде сақтандыру сомасы тараптардың келісімі бойынша Сақтандыру келісімшартына қосымша келісім жасау арқылы өзгертілуі мүмкін.

## **5. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫ**

5.1. Сақтандыру жағдайы - сақтандыру келісімшартында қарастырылған, сақтандыру төлемін жасау міндеттемесі туындайтын оқиға. Осы Ережелерге сәйкес, Сақтандыру жағдайы - Сақтандырылған тұлғаға Сақтандыру бағдарламасында, Медициналық қызмет

көрсетушілермен қарастырылған медициналық қызметтердің көрсетілуі және Сақтандырушы тарапынан қаржыландырылуға жататын Медициналық қызмет көрсету шығындарының және/немесе Сақтандырылған тұлғаның Медициналық қызмет көрсету шығындарының өтелуге жататын шығындарының пайда болуы.

5.2. Сақтандыру жағдайы болып табылмайды Сақтандырылған тұлғаға медициналық қызметтердің көрсетілуі:

5.2.1. Сақтандыру бағдарламасы мен сақтандыру келісімшартында қарастырылмаған;

5.2.2. Сақтандыру бағдарламасында қарастырылмаған медициналық мекемелерге, Сақтандырушының алдын ала келісімінсіз;

5.2.3. Осы Ережелердің 1-бөлімінің 6.2 және 6.3-тармақтарында көрсетілген жағдайларға байланысты.

5.3. Ерікті медициналық сақтандыру келісімшарты сақтандыру бағдарламасы бойынша жасалады, ол сақтандыру жабуының нақты шарттарын, Сақтандыру жағдайының негізгі белгілерін және сақтандыру сомаларын (сақтандыру лимиттерін) сақтандыру келісімшарты бойынша жалпы және жеке қызмет түрлері бойынша қарастырады. Аталған Сақтандыру бағдарламалары Сақтандырылған тұлғаға келесі медициналық көмек түрлерін ұсынуды қарастыруы мүмкін:

a. 1 жасқа дейінгі балаларды патронаждау бойынша амбулаторлық қызметтер;

b. Ауру кезінде амбулаторлық-поликлиникалық көмек, үйде көмек көрсету;

c. Ауру кезінде стационарлық медициналық көмек;

d. Жедел медициналық көмек;

Жоғарыда аталған сақтандыру түрлерінің егжей-тегжейлі сипаттамасы осы Ережелердің 5-бөлімінің Қосымша 1-де берілген, ол осы Ережелердің ажырамас бөлігі болып табылады.

## **6. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАЛАРЫНАН ШЫҒАРЫЛҒАН ЖАҒДАЙЛАР ЖӘНЕ САҚТАНДЫРУ ШЕКТЕУЛЕРІ**

6.1. Сақтандыру қамтуы осы Ережелердің 1-бөлімінің 7-тармағында көрсетілген Ауруларды қамтымайды.

## **7. САҚТАНДЫРУ СЫЙАҚЫСЫ**

7.1. Сақтандыру сыйақысы - бұл Сақтанушының Сақтандырушыға сақтандыру жағдайы туындаған кезде сақтандыру төлемін жүзеге асыру міндеттемесін қабылдағаны үшін төлеуге міндетті сақтандыру ақысы. 7.2. Сақтандыру сыйақысы Сақтанушы тарапынан бір жолғы төлем ретінде немесе сақтандыру жарналарын төлеу арқылы бөліп төлеу ретінде төленеді.

Сақтандыру сыйақысын төлеу тәртібі сақтандыру келісімшартында анықталады.

## **8. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫ: МЕРЗІМІ ЖӘНЕ ӘРЕКЕТ ЕТУ ОРНЫ, ҚОРЫТЫНДЫЛАУ ТӘРТІБІ, ТОҚТАТУ ШАРТТАРЫ**

8.1. Сақтандыру шарты Қазақстан Республикасының аумағында 365 күнге дейінгі мерзімге жасалады.

8.2. Сақтандыру шарты жазбаша түрде жасалуы керек және Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасында көзделген мәміленің жарамдылық шарттарына сәйкес келуі тиіс.

8.3. Ережелерде қамтылған және сақтандыру шартының мәтініне енгізілмеген шарттар Сақтанушы (Сақтандырылған) үшін міндетті болып табылады, егер сақтандыру шартында мұндай Ережелерді қолдану тікелей көрсетілсе және/немесе Ережелер шартпен бір құжатта баяндалса немесе оған қоса берілсе. Сақтандыру шартын жасасу кезінде Сақтанушы мен Сақтандырушы Қазақстан Республикасының заңнамалық және нормативтік құқықтық

актілерімен белгіленген шектерде Ережелердің жекелеген ережелерін өзгерту немесе алып тастау және Ережелерді толықтыру туралы келісуі мүмкін.

8.4. Бірнеше Сақтандырылған тұлға болған жағдайда, Сақтанушы Сақтандырушы белгілеген нысан бойынша Сақтандырылған тұлғалардың тізімін жасайды, ол сақтандыру шартына қоса беріледі және оның ажырамас бөлігі болып табылады.

8.5. Сақтандыру сыйақысы (сақтандыру жарнасы) төленгеннен кейін 7 жұмыс күні ішінде, Сақтандырылғандардың Тізімі ұсынылған жағдайда, Сақтандырушыға Сақтандырылған тұлғалардың санына сәйкес Медициналық пластикалық карточкалар, Сақтандыру ережелері мен Сақтандыру бағдарламаларының қосымшасымен бірге беріледі.

8.6. Сақтандыру шарты, егер онда өзгеше көзделмесе, сақтандыру сыйақысын немесе оның алғашқы сақтандыру жарнасын төлеу сәтінде күшіне енеді және осы Ережелердің 5-бөлімінің 8.7-тармағында көзделген қандай да бір оқиға болғанға дейін әрекет етеді.

8.7. Сақтандыру шарты келесі жағдайларда тоқтатылады:

8.7.1. оның мерзімі аяқталған кезде;

8.7.2. Сақтандырушының сақтандыру келісімшарты бойынша өз міндеттемелерін толық орындауы (сақтандыру сомасы мөлшерінде медициналық қызметтердің құнын төлеу);

8.7.3. Сақтандырылған тұлға 1 жасқа толған кезде, егер Сақтандыру келісімшартында өзгеше көзделмесе;

8.7.4. Сақтандырылған тұлғаның қайтыс болуы, егер сақтандыру келісімшарты бойынша тек бір адам сақтандырылған болса;

8.7.5. соттың сақтандыру келісімшартын жарамсыз деп тану туралы шешім қабылдауы;

8.7.6. тараптардың келісімі бойынша келісімшартты бұзу;

8.7.7. Сақтанушының бастамасымен сақтандыру келісімшартын бұзу;

8.7.8. Сақтандырушының бастамасымен сақтандыру келісімшартын бұзу жағдайлары:

- Сақтанушының сақтандыру сыйақысын (оның кезекті сақтандыру жарнасын) белгіленген мерзімде төлемеуі;

- Сақтандырушының медициналық қызметтердің құнының өсуі туралы хабардар етілгеннен кейін, шарттың шарттарын өзгертуге немесе Сақтандырушының талабы бойынша сақтандыру сыйақысын қосымша төлеуден бас тартуы;

- Сақтандырылған тұлғаның медициналық пластикалық картасын басқа адамға сақтандыру шарты бойынша медициналық қызметтер алу мақсатында беру фактісінің анықталуы;

- заңнамада көзделген басқа жағдайларда.

8.8. Сақтандыру келісімшарты мерзімінен бұрын тоқтатылған жағдайда, егер келісімшартта өзгеше көзделмесе, сақтандыру сыйақысы (сақтандыру жарналары) қайтарылады. Бұл сақтандыру келісімшарты бойынша нақты түскен сақтандыру сыйақысы (сақтандыру жарналары) сомасынан, тіркелген сақтандыру төлемдерін, тіркелмеген сақтандыру төлемдеріне арналған резервті және іс жүргізу шығындарын шегеріп есептеледі.

8.9. Осы Ережелерде көрсетілген негіздер бойынша сақтандыру шартын мерзімінен бұрын тоқтату ниеті туралы тараптар бір-бірін жазбаша түрде хабардар етуге міндетті. Бұл ретте, сақтандыру шарты сақтандыру шартын тоқтату туралы хабарламаны басқа тарапқа жіберген сәттен бастап 10 күн өткен соң бұзылған болып есептеледі.

## **9. ТАРАПТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ**

9.1. Тараптардың құқықтары мен міндеттері осы Ережелердің 1-бөлімінің 10-тармағына сәйкес белгіленеді.

## **10. САҚТАНДЫРУ ТӘУЕКЕЛІНІҢ АРТУЫНЫҢ САЛДАРЫ**



10.1. Сақтандыру тәуекелінің елеулі артуы деп мерзімінен бұрын босану, перинаталдық патологиялардың салдары, фондық аурулардың болуы (анемия, рахит, гипотрофия, паратрофия және т.б.), Сақтандырылған тұлғаның тұратын жерінде қажетті санитарлық-гигиеналық жағдайлардың болмауы саналады.

10.2. Сақтандырушы сақтандыру тәуекелінің артуына әкелетін жағдайлар туралы білген кезде, сақтандыру келісімшартының шарттарын өзгерту немесе сақтандыру тәуекелінің артуына сәйкес қосымша сақтандыру сыйақысын төлеуді талап етуге құқылы, немесе 10.1 тармағының 5 бөлімінде көрсетілгендей, сақтандыру тәуекелі артқан сақтандырылған тұлғаға қатысты сақтандыру келісімшартын мерзімінен бұрын бұзуға құқылы.

## **11. САҚТАНДЫРЫЛҒАН ТҰЛҒАНЫҢ САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫ БОЛҒАН КЕЗДЕГІ ӘРЕКЕТТЕРІ**

11.1. Сақтандыру жағдайы туындаған кезде сақтандырылған тұлғаның әрекеттері осы Сақтандыру ережелерінің 1 бөлімінің 12 тармағында белгіленген тәртіпке сәйкес анықталады.

## **12. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫНЫҢ БОЛҒАНЫН ЖӘНЕ ЗАЛАЛДАРДЫҢ МӨЛШЕРІН РАСТАЙТЫН ҚҰЖАТТАР ТІЗІМІ. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМДЕРІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТУРАЛЫ ШЕШІМ ҚАБЫЛДАУ ТӘРТІБІ, ШАРТТАРЫ ЖӘНЕ МЕРЗІМДЕРІ**

12.1. Сақтандыру төлемін жүзеге асыру үшін құжаттарды ұсыну тәртібі, сақтандыру төлемін жүзеге асырудағы шектеулер, сондай-ақ сақтандыру төлемдерін жүзеге асыру туралы шешім қабылдау мерзімдері мен шарттары осы Ережелердің 1-бөлімінің 13 және 14-тармақтарына сәйкес анықталады.

12.2. Сақтандырылған тұлға Сақтандыру бағдарламасына сәйкес тиісті медициналық қызмет түрлері бойынша тиісті сақтандыру сомаларынан асатын сомаға медициналық қызмет алған жағдайда, Сақтандырушы (Сақтандырылған тұлға) төлем туралы талап алған күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде Сақтандырушыға айырмашылықты өтеуге міндетті. Егер жоғарыда көрсетілген мерзім ішінде өтемақы алынбаса, Сақтандырушы мұндай Сақтандырылған тұлғаға медициналық қызмет көрсетуді ұйымдастыруды және сақтандыру төлемдерін жүзеге асыруды өтемақы жасалғанға дейін тоқтата тұруға құқылы.

12.3. Сақтандырушы (Сақтандырылған тұлға) үшін сақтандыру қорғанысы басталғанға дейін/тоқтатылғаннан кейін немесе Сақтандырылған тұлғаның Сақтандыру бағдарламасында қарастырылмаған медициналық қызметтерді алған жағдайда, Сақтандырушы төлем туралы талап алған күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде Сақтандырушыға көрсетілген шығындарды өтеуге міндетті.

## **13. АРНАЙЫ ШАРТТАР**

13.1. Тараптардың келісімі бойынша Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келмейтін ерекше шарттар (сақтандыру ескертпелері, анықтамалар, алып тастаулар және т.б.) осы Ережелерге сәйкес жасалатын Сақтандыру шартына енгізілуі мүмкін.

## **14. ДАУЛАРДЫ ШЕШУ ТӘРТІБІ**

14.1. Сақтандыру шарты бойынша туындайтын даулар Тараптар арасында келіссөздер арқылы қаралады. 14.2. Келісімге қол жеткізілмеген жағдайда, дау Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында белгіленген тәртіппен сотқа беріледі.

## 15. ҚОСЫМША ШАРТТАР

15.1. Осы Ережелерге Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес өзгерістер мен толықтырулар енгізілуі мүмкін.

### 4-БӨЛІМГЕ ҚОСЫМША 1 САҚТАНДЫРУДЫҢ АРНАЙЫ ШАРТТАРЫ

#### **А. Жаңа туған нәрестелерге патронаж**

Сақтандырушы сақтандыру сомасы шегінде сақтандыру қамтуына кіретін келесі медициналық қызметтерді төлеуге міндеттенеді:

1) Тәулік бойы диспетчерлік қызметпен байланыс  
2) Поликлиникада және үйде педиатрлармен медициналық қызмет көрсету, оған мыналар кіреді:

- тексеру;
- амбулаториялық карталарды жүргізу;
- диагноз қою;
- ем тағайындау;

3) Үйде баланы патронаждау, «Дені сау бала күні» (бойы, салмағы, басының, кеуде қуысының айналымы):

- өмірінің 1 айына дейін - перзентханадан шыққаннан кейін алғашқы 3 күнде үйде патронаж; өмірінің 14-ші күні; 1 айында медициналық орталықта патронаж;

- өмірінің 2 айынан 12 айына дейін - айына 1 рет медициналық орталықта патронаж, оған мыналар кіреді:

- 1 айлық жасында невропатолог және хирург-ортопед кеңесі;
- 1 айлық жасында невропатолог кеңесі;
- жалпы қан талдауы ЖҚТ-1 айлық жаста;
- жалпы зәр талдауы ЖЗТ-1 айлық жаста;
- көз дәрігерінің кеңесі-6 айлық жаста;
- бас миының УДЗ-1 айлық жаста
- 1 жасында - профилактикалық тексеру, келесі мамандарды қоса алғанда: ЛОР дәрігері; хирург; окулист; невропатолог; стоматолог - және зертханалық зерттеулер: жалпы қан талдауы (ЖҚТ) жалпы зәр талдауы (ЖЗТ); құрт жұмыртқаларына нәжіс;

4) Медициналық көрсеткіштер бойынша тағайындалған массаж курсы;

5) Келесі кесте бойынша вакцинация:

- БЦЖ; ВГВ-1
- Жас 0-4 күн: ОПВ-1\*; АҚДС-1; ВГВ-2; Хиб-1
- Жас 2 ай: ОПВ-2\*; АҚДС-2; Хиб-2
- Жас 3 ай: ОПВ-3\*; АҚДС-3; ВГВ-3; Хиб-3
- Жас 4 ай: ОПВ-4\*; Қызылша; Паротит; Қызамық

\*Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің талаптарына сәйкес, полиомиелит инфекциясына қарсы вакцинацияны (ОПВ - 1,2,3, 4) тек мемлекеттік мекемелерде жүргізуге рұқсат етілген, сондықтан бұл вакцинация тұрғылықты жері бойынша емханада жүзеге асырылады.

б) Алдын алу шараларының жеке жоспарын әзірлеу және денсаулық жағдайын бақылау үшін колл-орталық арқылы үйлестіру.

#### **В. Ауру кезінде медициналық көмек көрсету (амбулаторлық-поликлиникалық, стационарлық, жедел медициналық көмек)**

- 1) Үйде және медициналық орталықта педиатрлар арқылы медициналық көмек көрсету;
- 2) Тар мамандардың кеңестері;
- 3) Қажет болған жағдайда ауруханаға жатқызуды ұйымдастыру.

## 6-БӨЛІМ. МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАУ ШЫҒЫНДАРЫН САҚТАНДЫРУ

### 1. АНЫҚТАМАЛАР

**1.1. Сақтандырушы-** «Sinoasia B&R» сақтандыру компаниясы» АҚ.

**1.2. Сақтанушы-** Сақтандырушы компаниямен немесе жеке тұлғамен ерікті медициналық сақтандыру келісімшартын жасаған компания немесе жеке тұлға;

**1.3. Сақтандырылған тұлға (Сақтандырылған, Пайда алушы)** - медициналық сақтандыру келісімшарты оның пайдасына жасалған жеке тұлға.

**1.4. Медициналық сараптама** - дәрігер қойған диагнозды және тағайындаған емді кешенді тексеру, Сақтандырушы, мемлекеттік уәкілетті орган немесе сот тағайындаған тәуелсіз медициналық сарапшылар (дәрігерлер) жүргізеді.

**1.5. Дәрігер** - жоғары медициналық білімі бар, жеке медициналық практикамен айналысуға лицензиясы бар немесе медициналық қызмет көрсетушіде жұмыс істейтін маман;

**1.6. Келісімшарт** - Сақтандырушы мен Сақтанушы арасында Сақтандырылған(дар) тұлғаларға қатысты медициналық сақтандыру бойынша жасалған ерікті медициналық сақтандыру келісімшартын білдіреді;

**1.7. Сақтандыру сыйақысы** - Сақтандырушыға Сақтанушы тарапынан сақтандырылған тұлғаларды сақтандыру қызметтері үшін төленетін сыйақы;

**1.8. Медициналық қызмет көрсетушілер** - Қазақстан Республикасында медициналық қызмет көрсету немесе фармацевтикалық препараттарды сату үшін тиісті лицензиялары бар жеке және заңды тұлғалар.

**1.9. Сақтандыру төлемі** - Сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары туындаған кезде Сақтандырушы тарапынан сақтандыру сомасы шегінде төленетін ақша сомасы;

**1.10. Сақтандыру сомасы (сақтандыру лимиті)**- Сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары туындаған кезде Сақтандырушының жауапкершілігінің шекті көлемі.

### 2. САҚТАНДЫРУ НЫСАНЫ

2.1. Ерікті медициналық сақтандырудың объектісі Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келмейтін, медициналық қызмет көрсетушілердің кәсіби жауапкершілігі мәселелері бойынша соттық және соттан тыс талқылаулар кезінде медициналық сараптама жүргізуге шығындар тәуекелімен байланысты Сақтанушының мүліктік мүдделері болып табылады.

### 3. САҚТАНДЫРУ СОММАСЫ

3.1. Сақтандыру сомасы (сақтандыру лимиті) - Сақтандыру келісімшартымен анықталған, Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асыруға міндеттенетін және сақтандыру сыйақысының мөлшерін анықтауға негіз болатын ақшалай сома.

### 4. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫ

4.1. Сақтандыру оқиғасы - Сақтандырылған тұлғаның медициналық қызмет көрсетушіге сол қызмет көрсетуші ұсынған медициналық қызметтерге қатысты талап қоюы. Мұндай талап Сақтандырушыға, ол медициналық қызмет көрсетушінің қызметтерін сақтандыру қамтуы аясында төлеген жағдайда, немесе Қазақстан Республикасының сот органдарына берілуі мүмкін. Сақтандыру оқиғасы орын алған жағдайда, Сақтандырушы сол медициналық қызмет көрсетуші ұсынған қызметтерге медициналық сараптама жүргізу шығындарын белгіленген сақтандыру сомасы аясында төлеуге міндеттенеді.

## **5. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЛАРЫНАН ШЫҒАРЫЛҒАН ЖАҒДАЙЛАР МЕН САҚТАНДЫРУ ШЕКТЕУЛЕРІ**

5.1. Сақтандыру қамтуы осы Ережелерде берілген анықтамаға сәйкес Медициналық қызмет көрсетушілер болып табылмайтын жеке және заңды тұлғаларға қойылған талаптарды қамтымайды.

5.2. Сақтандыру қамтуы мұндай Қызмет көрсетушілердің тікелей кәсіби медициналық жауапкершілігімен байланысты емес талаптарды қамтымайды (мысалы, қызмет көрсету кемшіліктері, медициналық қызметтерді ұйымдастыру тәртібі және т.б.).

5.3. Сақтандыру қамтуы Сақтанушы (Сақтандырылған) өз бетінше ұйымдастырған медициналық сараптама құнын, сондай-ақ анықтама-зерттеулер мен кеңес беру құнын қамтымайды.

## **6. САҚТАНДЫРУ СЫЙАҚЫСЫ**

6.1. Сақтандыру сыйақысы - сақтандыру жағдайы туындаған кезде сақтандыру төлемін жүзеге асыру міндеттемесін өзіне алған Сақтандырушыға Сақтанушы төлеуге міндетті сақтандыру үшін төлем, ол сақтандыру келісімшартында белгіленген тәртіп пен мерзімдерде жүзеге асырылады.

## **7. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫ: МЕРЗІМІ ЖӘНЕ ӘРЕКЕТ ЕТУ ОРНЫ, ҚОРЫТЫНДЫЛАУ ТӘРТІБІ, ТОҚТАТУ ШАРТТАРЫ**

7.1. Сақтандыру шарты 1 жыл мерзімге жасалады, егер Шартта өзгеше көрсетілмесе, Қазақстан Республикасының аумағында әрекет етеді.

7.2. Сақтандыру шарты жазбаша түрде жасалуы тиіс және Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасында көзделген мәміленің жарамдылық шарттарына сәйкес болуы керек.

7.3. Сақтандыру шарты, егер онда өзгеше көзделмесе, сақтандыру сыйақысы немесе оның алғашқы жарнасы төленген сәттен бастап күшіне енеді және осы Ережелердің 6-бөлімінің 7.4-тармағында көзделген қандай да бір оқиға болғанға дейін әрекет етеді.

7.4. Сақтандыру шарты келесі жағдайларда тоқтатылады:

7.4.1. оның әрекет ету мерзімі аяқталғанда;

7.4.2. Сақтандырушының сақтандыру шарты бойынша өз міндеттемелерін толық орындауы; 7.4.3. Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген басқа жағдайларда.

## **8. ТАРАПТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ**

8.1. Тараптардың құқықтары мен міндеттері осы Ережелердің 1-бөлімінің 10-тармағына сәйкес белгіленеді.

## **9. САҚТАНДЫРЫЛҒАН ТҮЛҒАНЫҢ САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫ БОЛҒАН ЖАҒДАЙДАҒЫ ӘРЕКЕТТЕРІ**

9.1. Сақтандыру оқиғасы болған жағдайда, Сақтандырылған тұлға Сақтандырушыны хабардар етуі немесе медициналық қызмет көрсетушіге қарсы талап (шағым) беру үшін Сақтандырушыға жүгінуі тиіс. Сақтандырушы медициналық сараптама тағайындайды немесе мұндай сараптама мемлекеттік орган немесе сот арқылы тағайындалуы тиіс. Егер медициналық сараптама Сақтандырушы (Сақтандырылған) тарапынан өз бетінше ұйымдастырылса, Сақтандырушы сақтандыру төлемінен босатылады.

## **10. САҚТАНДЫРУ ОҚИҒАСЫНЫҢ БОЛҒАНЫН ЖӘНЕ ЗАЛАЛДАРДЫҢ МӨЛШЕРІН РАСТАЙТЫН ҚҰЖАТТАР ТІЗІМІ. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМДЕРІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТУРАЛЫ ШЕШІМ ҚАБЫЛДАУ ТӘРТІБІ, ШАРТТАРЫ ЖӘНЕ МЕРЗІМДЕРІ**

10.1. Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асыруының негізі болып табылатын құжаттар:

10.1.1. Сақтанушының (Сақтандырылғанның) Медициналық қызмет көрсетушіге қарсы Сақтандырушыға, Қазақстан Республикасының мемлекеттік немесе сот органдарына берілген талап арызының (талап арызының көшірмесі);

10.1.2. Медициналық сараптама Сақтандырушы тарапынан ұйымдастырылмаған жағдайда - тиісті мемлекеттік орган немесе сот шығарған медициналық сараптама мен сарапшыларды тағайындау туралы құжаттардың көшірмелері;

10.1.3. Сараптама Сақтандырушы тарапынан ұйымдастырылмаған жағдайда - медициналық сараптама жүргізу құнын растайтын құжаттар.

## **11. ДАУЛАРДЫ ШЕШУ ТӘРТІБІ**

11.1. Сақтандыру шарты бойынша туындайтын даулар Тараптар арасында келіссөздер арқылы қаралады. 11.2. Келісімге қол жеткізілмеген жағдайда, дау Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес сотқа беріледі.

## **12. ҚОСЫМША ШАРТТАР**

12.1. Осы Ережелерге Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес өзгерістер мен толықтырулар енгізілуі мүмкін.

**УТВЕРЖДЕНО:**  
**Решением Совета Директоров**  
**АО «Страховая компания «Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр)»**  
**Протокол №2-2024 от 30.04.2024 года**

*Республика Казахстан, А26С7Х9, г. Алматы, ул. Карасай батыра 34*

---

*Телефон: (727) 339 20 41, 339 20 42*

**ПРАВИЛА**  
**ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**  
**АО «СК «SINOASIA B&R»**

**г. Алматы, 2024 г**

## 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 критических заболеваний
  - 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 СК «Sinoasia V&R» (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 «Страховая компания «Sinoasia B & R»
- 1.2. **Страхователь** – компания или физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования критических заболеваний, добровольного страхования на случай болезни, вмененное медицинское страхование.
- 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 медицинской помощи/ и / или выдачи фармацевтических препаратов Застрахованному лицу 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 (медицинский Ассистанс)** - 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 ПБ-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, гипофизарный 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 ПБ-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;
  - 3.2.17. инфекционные заболевания;
- 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 Приказе № ҚР ДСМ-108/2020 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний»

- 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; Covid-19;
- 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, хорей 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 1 - 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, ДООА (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 Такаюсу (неспецифический аортоартериит), 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 различных рода испытаний;
  - 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 ИИН - 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 «Страховая компания «Sinoasia B&R»
- 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, регби, 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;
  - е) 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 86 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 «Страховая компания «Sinoasia B&R»
- 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 «Страховая компания «Sinoasia B&R»
- 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:
  - a. Амбулаторные услуги по патронажу детей в возрасте до 1 года;
  - b. Амбулаторно-поликлиническая помощь, помощь на дому при Заболевании;
  - c. 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 одновременно - 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 истекший 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 месяцев жизни - патронаж 1 раз в месяц в мед центре включая:
    - консультация невропатолога и хирурга-ортопеда – в возрасте 1 месяц;
    - консультация невропатолога – в возрасте 1 месяц;
    - общий анализ крови ОАК – в возрасте 1 месяц;
    - общий анализ мочи ОАМ – в возрасте 1 месяц;
    - консультация окулиста - в возрасте 6 месяцев;
    - УЗИ головного мозга – в возрасте 1 месяц
    - в возрасте 1 год – профилактический осмотр, включая следующих специалистов: ЛОР – врач; хирург; окулист; невропатолог; стоматолог – и лабораторные исследования: общий анализ крови (ОАК) общий анализ мочи (ОАМ); кал на яйца глист;
- 4) Курс массажа, назначенный по медицинским показаниям;
- 5) Вакцинация по следующему графику:
  - БЦЖ; ВГВ-1
  - В возрасте 0-4 дня: ОПВ-1\*; АКДС-1; ВГВ-2; Хиб -1
  - В возрасте 2 месяца: ОПВ-2\*; АКДС-2; Хиб-2
  - В возрасте 3 месяца: ОПВ-3\*; АКДС-3; ВГВ-3; Хиб- 3
  - В возрасте 4 месяца: ОПВ-4\*; Корь; Паротит; Краснуха

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

- 6) Разработка индивидуального плана профилактических мероприятий и координация за состоянием здоровья через 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 «Страховая компания «Sinoasia B&R».
- 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 покрытие 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 покрытие 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 покрытие 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.