

УТВЕРЖДЕНО:
Решением Совета Директоров
АО «Страховая компания «Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр)»
Протокол № 9-2020 от 09.12.2020г.

Республика Казахстан, А26С7Х9, г. Алматы, ул.Пушкина, 97
Телефон: (727) 2444-685, 2444-686, 2444-687; факс: (727) 291 67 23



**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ИЛИ СМЕРТИ ЗАЕМЩИКА**

г. Алматы, 2020 год

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Страховщик** – АО «Страховая компания «Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр);
- 1.2. **Страхователь** – лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком, оплачивающее страховую премию;
- 1.3. **Застрахованный** - физическое лицо, заключившее одновременно со Страховщиком Договор добровольного страхования на случай болезни или смерти заемщика с Банком - Договор займа, на условиях присоединения к настоящим Правилам;
- 1.4. **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты, в том числе Банк;
- 1.5. **Банк** – АО «Банк Центр Кредит»;
- 1.6. **Договор/Договор страхования** – означает Договор добровольного страхования на случай болезни или смерти заемщика, заключенный между Страховщиком и Страхователем/Застрахованным на условиях присоединения к настоящим Правилам;
- 1.6.1. **Договор займа** – означает Договор банковского займа, заключаемый между Страхователем/Застрахованным и Банком в рамках настоящих Правил и в соответствии с внутренними нормативными документами Банка;
- 1.7. **Правила**– настоящие Правила страхования на случай болезни или смерти заемщика;
- 1.8. **Страховая премия** - вознаграждение Страховщика, оплачиваемое Страхователем/Застрахованным, в соответствии с Договором;
- 1.9. **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю в пределах страховой суммы и условий страхования, определенной Договором, при наступлении страхового случая в течение действия Договора;
- 1.10. **Страховой случай** - событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату Выгодоприобретателю;
- 1.11. **Страховая сумма (страховой лимит)** - предельный объем ответственности Страховщика при наступлении Страхового случая;
- 1.12. **Полис** - документ, выпускаемый Страховщиком, подтверждающий заключение Договора между Страховщиком и Страхователем/Застрахованным путем присоединения к Правилам страхования. Страховой полис выпускается в цифровом формате с использованием средств факсимильного копирования подписи и наличием QR-кода для проверки валидности, и такой документ считается оригиналом;
- 1.13. **Территория страхования** - территорией страхования является территория Республики Казахстан, если иное не предусмотрено Договором страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя/Застрахованного, связанные с риском заболевания в том числе в результате несчастного случая, а также с риском смерти в связи с заболеванием или несчастным случаем, повлекшее за собой необходимость компенсировать расходы Страхователя/Застрахованного как заемщика по договору займа.

3. СТРАХОВАТЕЛИ/ЗАСТРАХОВАННЫЕ

- 3.1. Страхователями/Застрахованными могут быть лица в возрасте от 18 до 68 лет.
- 3.2. Не подлежат страхованию лица, которые на момент заключения Договора страхования:
 - 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 по любому заболеванию;
 - 3.2.4. являются ВИЧ-инфицированными (СПИД);
 - 3.2.5. имеют злокачественные, в том числе онкогематологические новообразования.
- 3.3. При выявлении факта сокрытия Страхователем/Застрахованным информации о наличии на дату заключения Договора диагностированных заболеваний, указанных в пункте 3.2. настоящей статьи Договора, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть Договор и полностью освобождается от ответственности по осуществлению Страховой выплаты.

4. СТРАХОВАЯ СУММА И ФРАНШИЗА

- 4.1. Страховая сумма (страховой лимит) – определенная Договором (Полисом) денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить Страховую выплату и которая является основой для определения размера Страховой премии. Страховая сумма устанавливается в размере займа, выданного Банком.
- 4.2. Страховая сумма устанавливается в Договоре страхования и не может быть более суммы основного долга Страхователя/Застрахованного перед Выгодоприобретателем по Договору займа.
- 4.3. В течение всего срока действия Договора Страховая сумма остается неизменной.
- 4.4. Франшиза по данному виду страхования не применяется.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ, ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ, ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ

- 5.1. Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.
- 5.2. В соответствии с настоящими Правилами Страховым случаем являются следующие наступившие события или заболевания Страхователя/Застрахованного:
 - 5.2.1. травмы, термические и химические ожоги, обморожение, отравление, токсическое воздействие, и заболевания приведшее к длительной нетрудоспособности Страхователя/Застрахованного (более 30 (тридцати) дней);
 - 5.2.2. заболевания и травмы приведшие к полной или частичной нетрудоспособности Страхователя/Застрахованного с присвоением инвалидности I,II группы;
 - 5.2.3. смерть Страхователя в результате заболевания или несчастного случая.
- 5.3. Факт наступления Страхового случая должен быть подтвержден следующими документами:
 - 5.3.1. в случае указанных в пп. 5.2.1.-5.2.2. Правил – выписка из истории болезни, выданная медицинской организацией, имеющей лицензию на оказание медицинских услуг в Республике Казахстан, или лист (справка) временной нетрудоспособности, выданный такой организацией;
 - 5.3.2. в случае указанных в пп. 5.2.1.-5.2.2. Правил – лист (справка) временной нетрудоспособности, выданной медицинской организацией, имеющей лицензию на оказание медицинских услуг в Республике Казахстан; заключение врачебно-консультационной комиссии (ВКК), подтверждающий продление временной нетрудоспособности на срок более 30 дней с даты выдачи листа (справки) временной нетрудоспособности, либо заключение медико-социальной экспертизы (МСЭ) о присвоении инвалидности;
 - 5.3.3. в случае смерти Страхователя/Застрахованного – справка о смерти, либо свидетельство о смерти.
- 5.4. Не является Страховым случаем:
 - 5.4.1. заболевание или смерть Страхователя/Застрахованного, если на дату начала страхования Страхователь/Застрахованной являлся временно нетрудоспособным или находился на лечении в связи с заболеваниями (травмами), указанными в п.5.2.1-5.2.2. Правил, либо проходил освидетельствование ВКК или МСЭ по любому заболеванию;
 - 5.4.2. заболевания (травмы) или смерть Страхователя/Застрахованного в связи с управлением любым транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также при передаче управления лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - 5.4.3. причинение вреда здоровью в результате самоубийства или попытки самоубийства. При этом Страховщик не освобождается от осуществления страховой выплаты, которая по Договору страхования подлежит выплате в случае смерти Застрахованного, если смерть наступила вследствие самоубийства и к этому времени Договор страхования действовал уже не менее двух лет, у данного Страховщика.
 - 5.4.4. заболевания, признанные соответствующими органами здравоохранения пандемией или эпидемией.
- 5.5. Не признается Страховым случаем заболевания (травмы) или смерть Страхователя/Застрахованного возникшие в результате:
 - 5.5.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - 5.5.2. аварии на производственных и иных объектах, повлекших массовые поражения;
 - 5.5.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - 5.5.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода и забастовок, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных и гражданских властей;
 - 5.5.5. природных катастроф (наводнения, пожара, землетрясения и иных стихийных бедствий).
- 5.6. Страховщик не несет ответственность за (в случаях):
 - 5.6.1. требования о возмещении вреда, причиненного за пределами территории страхования, устанавливаемой при заключении Договора страхования, а также имевшие место до заключения Договора страхования;
 - 5.6.2. требования о возмещении морального вреда, упущенной выгоды Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя, потерь (штрафы, неустойка).

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 (Полисом).
- 6.2. Размер Страховой премии по Договору зависит от величины Страховой суммы и срока страхования.
- 6.3. Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования при заключении Договора.
- 6.4. Страховая премия уплачивается Страхователем или по его поручению Банком иным лицом посредством безналичного расчета.

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

- 7.1. Договор заключается на срок, указанный в Договоре, с действием на территории Республики Казахстан.
- 7.2. Договор страхования заключается путем присоединения Страхователя/Застрахованного к настоящим Правилам (договор присоединения), и оформления Страховщиком Страхователю Полиса.

- 7.3. Заключение Договора Страхователем/Застрахованного подтверждается фактом оплаты страховой премии.
- 7.4. Страхование, обусловленное Договором, распространяет свое действие на Страховые случаи, произошедшие в сроки, указанные в Договоре (Полисе), на территории Республики Казахстан, если иное не оговорено в нем.
- 7.5. Договор прекращается в случаях:
- а) истечения срока его действия;
 - б) осуществления Страховщиком Страховой выплаты;
 - в) смерти Страхователя/Застрахованного с осуществлением страховой выплаты в соответствии с пунктом 5.2.3. Правил;
 - г) принятия судом решения о признании Договора недействительным;
 - д) расторжения Договора по соглашению Сторон;
 - е) расторжения Договора по инициативе Страхователя/Застрахованного;
 - ж) расторжения Договора по инициативе Страховщика в случаях:
 - неуплаты Страхователем/Застрахованного Страховой премии в установленные сроки;
 - в иных случаях, предусмотренных законодательством.
- 7.6. При досрочном прекращении Договора по требованию Сторон, а также в иных случаях, уплаченные Страховщику страховые премии, возврату не подлежат, за исключением случая, когда Страхователь/Застрахованный отказался, с согласия Банка, от займа в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с момента подписания Договора, в этом случае Договор расторгается досрочно с возвратом полной страховой премии Страхователю/Застрахованному. При этом Страхователь/Застрахованный обязан предоставить заявление о расторжении и приложить документ, подтверждающий согласие Банка с расторжением Договора».
- 7.7. О намерении досрочного прекращения Договора по основаниям, указанным в настоящем Договоре, Стороны обязаны письменно уведомить друг друга. При этом, Договор страхования считается расторгнутым с даты получения Стороной письменного уведомления от Стороны-инициатора расторжения Договора.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 8.1. **Страхователь/Застрахованный имеет право:**
- 8.1.1. получать разъяснения об условиях Договора;
 - 8.1.2. обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить Страховую выплату;
 - 8.1.3. досрочно расторгнуть Договор в установленном законодательством Республики Казахстан порядке;
 - 8.1.4. осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.
- 8.2. **Страхователь/Застрахованный обязан:**
- 8.2.1. при заключении Договора сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении Договора;
 - 8.2.2. уплачивать Страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором;
 - 8.2.3. уведомить Страховщика о наступлении Страхового случая;
 - 8.2.4. предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях Страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;
 - 8.2.5. предпринимать все возможные и целесообразные меры для предотвращения или уменьшения убытков от Страхового случая.
- 8.3. **Страховщик имеет право:**
- 8.3.1. проверять сообщенную Страхователем/Застрахованным информацию, а также выполнение Страхователем/Застрахованным требований и условий настоящего Договора;
 - 8.3.2. запрашивать историю болезни и любые другие медицинские сведения о Страхователе/Застрахованном, в том числе информацию о состоянии здоровья Страхователя/Застрахованного;
 - 8.3.3. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки Страхового случая;
 - 8.3.4. требовать от Страхователя/Застрахованного информацию и документы, необходимые для установления факта Страхового случая, обстоятельства его возникновения, а также прохождения независимой медицинской экспертизы (за счет Страховщика) для подтверждения наступления Страхового случая;
 - 8.3.5. отказать в Страховой выплате, если Страхователь/Застрахованный не предоставил документы, подтверждающие наступление Страхового случая, отказался от прохождения медицинской экспертизы, либо в других случаях необоснованных требований;
 - 8.3.6. при расторжении Договора – на часть Страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовал Договор, а также на понесенные административные расходы в размере 20% от страховой премии;
 - 8.3.7. требовать внесения изменений в условия настоящего Договора или уплаты дополнительной Страховой премии соразмерно увеличению риска в случае, если после подписания настоящего Договора произошли существенные изменения страхового риска.
- 8.4. **Страховщик обязан:**
- 8.4.1. при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором;
 - 8.4.2. возместить Страхователю/Застрахованному расходы, произведенные им для уменьшения убытков при Страховом случае;
 - 8.4.3. обеспечить тайну страхования.
- 8.5. Стороны вправе пользоваться иными правами и исполнять иные обязанности, предусмотренные положениями действующего законодательства Республики Казахстан.

8.6. Выгодоприобретатель имеет право:

- 8.6.1. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, в том числе направлять запросы в компетентные органы;
- 8.6.2. требовать от Страховщика разъяснения условий и порядка действия Договора страхования;
- 8.6.3. совершать другие действия, не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 9.1. Страховщик, которому стало известно об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной Страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.
- 9.2. Страховщик не вправе требовать изменений условий настоящего Договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 10.1. При возникновении Страхового случая Страхователь/Застрахованный уведомляет о наступлении Страхового случая, позвонив в круглосуточный CALL-центр Страховщика по телефонам, указанным в Полисе, либо обратившись в Банк. Уведомление может быть также сделано любым третьим лицом от имени и по поручению Страхователя/Застрахованного.
- 10.2. Уведомление должно быть сделано в течение 5 (пяти) календарных дней после того, как Страхователю/Застрахованному стало известно о наступлении Страхового случая:
 - 10.2.1. при заболевании – с даты диагностики заболевания, указанного в пп. 5.2.1.-5.2.2. Правил или с даты заключения ВКК или МСЭ;
 - 10.2.2. в случае смерти – с даты смерти.
- 10.3. В случае, если Страхователь/Застрахованный не уведомит Страховщика о Страховом случае в соответствии с пунктом 10.1. и в сроки, указанные в п. 10.2. 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. Для получения страховой выплаты (урегулирования страхового иска) Страхователь/Застрахованный предоставляет Страховщику следующие документы:
 - 1) заявление на страховую выплату;
 - 2) копию удостоверения личности Страхователя/Застрахованного;
 - 3) в случае обращения за страховой выплатой третьего лица, действующего по поручению Страхователя/Застрахованного – копию удостоверения личности такого третьего лица и основания для представления интересов Страхователя/Застрахованного (доверенность от Страхователя/Застрахованного или письменное разъяснение такого третьего лица о полномочиях представления интересов Страхователя/Застрахованного – например, в случае смерти Страхователя/Застрахованного или в связи с невозможностью оформить доверенность от Страхователя/Застрахованного по состоянию здоровья);
 - 4) документы, указанные в п. 5.3. Правил – либо нотариально заверенные копии указанных документов, либо копии, заверенные Страховщиком или Банком на основании оригиналов документов.
- 11.2. Страховщик имеет право запросить другие документы, материалы и информацию у Страхователя/Застрахованного, его работодателя или заказчика, или медицинской организации для установления факта наступления страхового события и размера Страховой выплаты. Все такие документы и информация должны быть представлены Страховщику бесплатно. Такие документы должны быть запрошены в течение 15 (пятнадцати) дней после представления документов, указанных в пункте 11.1. Правил.
- 11.3. Страховщик принимает решение об осуществлении Страховой выплаты в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения всех документов, указанных в пунктах 11.1. и 11.2. Правил.
- 11.4. Документы, указанные в п. 11.1. Правил могут быть представлены в Банк как уполномоченному представителю Страховщика.

12. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 12.1. Выгодоприобретателем по Страховой выплате является Банк.
- 12.2. Дата наступления Страхового случая и размер страховой выплаты устанавливается следующим образом:
 - 12.2.1. в случаях, указанных в пп. 5.2.1-5.2.2. Правил – дата заключения ВКК или МСЭ;
 - 12.2.2. в случаях, указанных в п. 5.2.3. Правил – дата смерти.
- 12.3. Страховая выплата составляет сумму, подлежащую выплате Страхователем/Застрахованным Банку по договору о предоставлении займа, с даты наступления Страхового случая, указанного в п. 12.2. Правил и до окончания действия договора о предоставлении займа в следующем размере:

- 12.3.1. в случаях, указанных в пп. 5.2.1. Правил, страховая выплата равна очередному траншу на погашение займа за 3 (три) последовательных месяца, установленного в соответствии с графиком погашения задолженности по Договору займа, заключенного между Банком и Застрахованным.
- 12.3.2. в случаях, указанных в пп. 5.2.2-5.2.3. Правил, страховая выплата осуществляется Выгодоприобретателю в размере (в процентах от страховой суммы), но не более суммы основного долга Застрахованного по Договору займа на дату наступления события, имеющего признаки страхового случая, исключая проценты, вознаграждения, пени (штрафы, неустойку):
 - 1) при смерти -100%;
 - 2) при установлении инвалидности 1 группы – 80%;
 - 3) при установлении инвалидности 2 группы – 60%.
- 12.4. Страховая выплата осуществляется безналичным платежом на счет выгодоприобретателя.
- 12.5. Страховщик имеет право за свой счет провести экспертизу Страхового случая, в том числе состояния здоровья Страхователя. Результаты такой экспертизы могут служить основанием решения Страховщика об осуществлении Страховой выплаты или отказе в Страховой выплате.
- 12.6. При осуществлении Страховой выплаты действие Договора прекращается и Страховщик не несет каких-либо обязательств до конца периода страхования.
- 12.7. 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 в соответствии с статьей 10 Правил;
 - 5) основания, указанные в пунктах 5.4. и 5.5. Правил.
- 12.8. Страховщик не производит Страховую выплату за:
 - 1) косвенные коммерческие потери Страхователя, неустойку, упущенную выгоду;
 - 2) моральный вред;
 - 3) судебные издержки, если иное не установлено Договором.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

14. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 14.1. Все взаиморасчеты между сторонами осуществляются в национальной валюте Республики Казахстан – тенге. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан, взаиморасчеты между сторонами могут осуществляться в иностранной валюте.
- 14.2. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима абсолютной конфиденциальности, за исключением случаев, когда разглашение подобной информации требуется в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.
- 14.3. Все изменения и дополнения к Договору страхования имеют юридическую силу при условии их письменного оформления и подписания уполномоченными представителями сторон.
- 14.4. Все приложения, извещения, уведомления, сообщения, предложения, направленные Сторонами друг другу по исполнению Договора страхования или в связи с ним должны быть выполнены в письменной форме и будут считаться поданными в надлежащей форме, если они направлены по указанным в Договоре страхования адресам способом, обеспечивающим регистрацию отправки/получения.
- 14.5. Подписанием Договора страхования Страхователь/Застрахованный подтверждает, что копию Правил получил, с условиями ознакомлен и согласен. В случае возникновения разногласий Страхователь/Застрахованный не вправе ссылаться на незнание или непредставление Правил.

«Sinoasia B&R» Сақтандыру компаниясы» АҚ
(Синоазия БиЭндАр)»
Директорлар Кеңесінің Шешімімен
БЕКІТІЛГЕН

2020 жылғы 9 желтоқсандағы № 9-2020 хаттамасы.

Қазақстан Республикасы, А26С7Х9, Алматы қ., Пушкина көшесі, 97

Телефон: (727) 2444-685, 2444-686, 2444-687; факс: (727) 291 67 23



中亚丝路保险有限公司
Sinoasia B&R Insurance

ҚАРЫЗ АЛУШЫ АУЫРҒАН НЕМЕСЕ ҚАЙТЫС БОЛҒАН

ЖАҒДАЙДА

ЕРІКТІ САҚТАНДЫРУ ЕРЕЖЕСІ

Алматы қ, 2020 жыл

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Сақтандырушы** – «Sinoasia B&R» сақтандыру компаниясы» АҚ (Синоазия БиЭндАр);
- 1.2. **Сақтанушы** – Сақтандырушымен сақтандыру шартын жасасқан, сақтандыру сыйақысын төлейтін тұлға;
- 1.3. **Сақтандырылған** - Сақтандырушы және Банкпен бір мезетте заем шартына отырып, осы Ережелерге қосылу арқылы қарыз алушының ауруы немесе қайтыс болуы жағдайына ерікті сақтандыру шартын жасаған жеке тұлға;
- 1.4. **Пайда алушы** – Пайда алушы – Сақтандыру келісімшартына сәйкес сақтандыру төлемін алушы тұлға, соның ішінде Банк;
- 1.5. **Банк** – «Банк Центр Кредит» АҚ;
- 1.6. **Шарт/Сақтандыру шарты** – осы Ережелерге қосылу негізінде Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға мен Сақтандырушы арасында жасалған, қарыз алушының ауруы немесе қайтыс болуы жағдайына арналған ерікті сақтандыру шартын білдіреді;
- 1.7. **Заем шарты** – осы Ережелер аясында және Банктің ішкі нормативтік құжаттарына сәйкес Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға мен Банк арасында жасалған банк қарызы туралы шарт;
- 1.8. **Ережелер** – қарыз алушының ауруы немесе қайтыс болуы жағдайына арналған осы сақтандыру ережелері;
- 1.9. **Сақтандыру сыйақысы** – Шартқа сәйкес Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға төлейтін Сақтандырушының сыйақысы;
- 1.10. **Сақтандыру төлемі** – Сақтандыру шартына сәйкес сақтандыру жағдайы туындаған кезде Сақтандырушы тарапынан Пайда алушыға сақтандыру сомасы шегінде төленетін ақшалай сомасы;
- 1.11. **Сақтандыру жағдайы** – Сақтандыру шартында көзделген, орын алған жағдайда Сақтандырушының Пайда алушыға сақтандыру төлемін төлеу міндеттемесі туындайтын оқиға;
- 1.12. **Сақтандыру сомасы (сақтандыру лимиті)** – Сақтандыру жағдайы туындаған кезде Сақтандырушының жауапкершілігінің шекті көлемі;
- 1.13. **Полис** - Сақтандырушы тарапынан осы Ережелерге қосылу арқылы Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғамен жасалған Шартты куәландыратын құжат. Сақтандыру полисі қолтаңбаның факсимильдік көшірмесін және шынайылығын тексеруге арналған QR-кодты қамтитын цифрлық форматта рәсімделіп, түпнұсқа болып есептеледі;
- 1.13 **Сақтандыру аумағы** – Сақтандыру шартымен өзгеше көзделмесе, Қазақстан Республикасы аумағы..

2. САҚТАНДЫРУ ОБЪЕКТІСІ

- 2.1. Сақтанушының/Сақтандырылғанның Қазақстан Республикасының заңдарына қайшы келмейтін, оның ішінде жазатайым оқиға салдарынан, сондай-ақ қарыз шарты бойынша Сақтанушының/Сақтандырылушының қарыз алушы ретіндегі шығыстарын өтеу қажеттігіне әкеп соқтырған ауруға немесе жазатайым оқиғаға, қайтыс болу тәуекеліне байланысты мүліктік мүдделері сақтандыру объектісі болып табылады.

3. САҚТАНУШЫЛАР/САҚТАНДЫРЫЛҒАНДАР

- 3.1. Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғалар 18 жастан 68 жасқа дейінгі адамдар бола алады.
- 3.2. Төмендегі санаттағы тұлғалар сақтандыруға жатпайды, егер олар сақтандыру шартын жасасу кезінде:
 - 3.2.1. кез келген ауру бойынша I немесе II топтағы мүгедек, сондай-ақ бала кезінен мүгедек болса;
 - 3.2.2. наркологиялық, психоневрологиялық, туберкулез және тері-венерологиялық диспансерлерде есепте тұрса;
 - 3.2.3. кез келген ауру бойынша ауруханада жатқан болса;
 - 3.2.4. АИВ жұқтырған (ЖИТС) болса;
 - 3.2.5. қатерлі ісікке, оның ішінде онкогематологиялық ауруларға шалдыққан болса.
- 3.3. Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға 3.2-тармақта көрсетілген диагностикаланған аурулардың болуы туралы ақпаратты жасыру фактісі анықталған кезде, Сақтандырушы шартты мерзімінен бұрын бұзуға және сақтандыру төлемін төлеу міндеттемесінен толық босатылуға құқылы..

4. САҚТАНДЫРУ СОМАСЫ ЖӘНЕ ФРАНШИЗА

- 4.1. Сақтандыру сомасы (сақтандыру лимиті) - Шартта (Полисте) белгіленген ақша сомасы, оның шегінде Сақтандырушы Сақтандыру төлемін жүзеге асыруға міндеттенеді және ол Сақтандыру сыйлықақысының мөлшерін айқындау үшін негіз болып табылады. Сақтандыру сомасы Банк берген қарыз мөлшерінде белгіленеді.
- 4.2. Сақтандыру сомасы Сақтандыру шартында белгіленеді және Заем шарты бойынша Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның Пайда алушы алдындағы негізгі қарыз сомасынан аспауы тиіс.
- 4.3. Шарттың бүкіл қолданылу мерзімі ішінде Сақтандыру сомасы өзгермейді.
- 4.4. Осы сақтандыру түрі бойынша франшиза қолданылмайды.

5. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫ, САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЛАРЫНАН АЛЫП ТАСТАУ ЖӘНЕ САҚТАНДЫРУДЫ ШЕКТЕУ, КҮТУ КЕЗЕҢІ

- 5.1. Сақтандыру жағдайы - Шартта көзделген орын алған оқиға, оның басталуымен Сақтандырушының Сақтандыру төлемін жүргізу міндеті туындайды.
- 5.2. Осы Ережелерге сәйкес сақтандыру жағдайы болып келесі оқиғалар немесе Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның сырқаттары танылады:
 - 5.2.1. жарақаттар, термиялық және химиялық күйіктер, үсік шалу, улану, уытты әсерлер және Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның ұзақ уақыт еңбекке жарамсыз болуына (30 (отыз) күннен астам) алып келген сырқаттар;
 - 5.2.2. сырқаттар мен жарақаттар, соның салдарынан Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға толық немесе ішінара еңбекке жарамсыз болып, I немесе II топ мүгедектігі берілген жағдайлар;
 - 5.2.3. Сақтанушының сырқат немесе жазатайым оқиға салдарынан қайтыс болуы.
- 5.3. Сақтандыру жағдайының туындауын келесі құжаттармен расталады:
 - 5.3.1. 5.2.1–5.2.2. тармақтарында көрсетілген жағдайларда – Қазақстан Республикасында медициналық қызмет көрсетуге лицензиясы бар медициналық ұйым берген ауру тарихынан үзінді немесе уақытша еңбекке жарамсыздық парағы (анықтама);
 - 5.3.2. уақытша еңбекке жарамсыздық 30 күннен асқан жағдайда – сондай медициналық ұйымнан берілген еңбекке жарамсыздық парағы (анықтама) және уақытша еңбекке жарамсыздықтың 30 күннен астам мерзімге ұзартылғанын растайтын дәрігерлік-консультациялық комиссия (ДКК) қорытындысы немесе мүгедектік берілгені туралы медициналық-әлеуметтік сараптама (МӘС) қорытындысы;
 - 5.3.3. Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның қайтыс болған жағдайында – қайтыс болғаны туралы анықтама не куәлік.
- 5.4. Сақтандыру жағдайы болып табылмайтын жағдайлар:
 - 5.4.1. Сақтандыру басталған күніне Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға уақытша еңбекке жарамсыз болған немесе 5.2.1–5.2.2. тармақтарында көрсетілген сырқаттармен (жарақаттармен) ем қабылдап жатқан болса, немесе кез келген сырқат бойынша ДКК немесе МӘС-тен тексерістен өтіп жатса;
 - 5.4.2. Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның жарақат алуы, сырқаттануы немесе қайтыс болуы көлік құралын алкогольдік, есірткілік немесе уытты мас күйінде басқару барысында, не мұндай күйдегі адамға басқаруға беру салдарынан орын алса;
 - 5.4.3. Өзіне-өзі қол жұмсау немесе оған оқталу салдарынан денсаулыққа зиян келтірілсе. Алайда, егер өлім өзін-өзі өлтіру нәтижесінде болған болса және сол уақытқа дейін Шарт үздіксіз екі жыл бойы күшінде және Сақтандырушыда жасалған болса сақтандыру төлемін төлеу міндетінен босатылмайды;
 - 5.4.4. Денсаулық сақтау органдары пандемия немесе эпидемия деп таныған аурулар.
- 5.5. Келесілердің нәтижесінде туындаған Сақтанушының/Сақтандырылушының науқастануы (жарақаттануы) немесе қайтыс болуы Сақтандыру жағдайы болып танылмайды:
 - 5.5.1. ядролық жарылыс, радиация немесе радиоактивті ластанудың әсерінен;
 - 5.5.2. өндірістік және басқа да нысандардағы апаттар нәтижесінде жаппай зақымданулар;
 - 5.5.3. соғыс әрекеттері, соның ішінде әскери жаттығулар мен басқа да әскери іс-шаралар;
 - 5.5.4. азаматтық соғыс, халық толқулары мен ереуілдер, әскери немесе азаматтық билік тарапынан төтенше немесе ерекше жағдай енгізу;
 - 5.5.5. табиғи апаттар (су тасқыны, өрт, жер сілкінісі және басқа да табиғи зілзалалар).
- 5.6. Сақтандырушы мына жағдайларда жауакершілік көтермейді:
 - 5.6.1. Сақтандыру аумағынан тыс болған немесе Сақтандыру шарты жасалғанға дейін болған оқиғаларға байланысты зиянды өтеу талаптары;
 - 5.6.2. моральдық зиянды, Сақтанушының/Сақтандырылғанның/пайда алушының жоғалған пайдасын, шығындарды (айыппұлдар, тұрақсыздық айыбы) өтеу туралы талаптары.

6. САҚТАНДЫРУ СЫЙАҚЫСЫ

- 6.1. Сақтандыру сыйақысы – Сақтандырушының Сақтандыру жағдайы орын алған кезде Сақтандыру төлемін белгіленген тәртіппен және мерзімде төлеу міндеттемесіне байланысты Сақтанушы төлейтін сақтандыру ақысы.
- 6.2. Сақтандыру сыйақысының мөлшері сақтандыру сомасына және сақтандыру мерзіміне байланысты анықталады.
- 6.3. Сақтандыру сыйақысы Сақтанушы тарапынан бір реттік төлеммен, шарт жасалған кезде, бүкіл сақтандыру мерзімі үшін төленеді.
- 6.4. Сақтандыру сыйақысы Сақтанушының өзі немесе оның тапсырмасы бойынша Банк немесе басқа тұлға арқылы қолма-қол ақшасыз есеп айырысу жолымен төленеді.

7. САҚТАНДЫРУ ШАРТЫ: ҚОЛДАНЫЛУ МЕРЗІМІ МЕН ОРНЫ, ЖАСАСУ ТӘРТІБІ, ТОҚТАТУ ШАРТТАРЫ

- 7.1. Шарттың қолданылу мерзімі Шартта көрсетіледі және Қазақстан Республикасы аумағында қолданылады.
- 7.2. Сақтандыру шарты осы Ережелерге Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның қосылуы (қосылу шарты) арқылы жасалады және Сақтандырушы Сақтанушының атына Полис ресімдеген сәттен бастап күшіне енеді.

- 7.3. Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның Шартты жасауы сақтандыру сыйақысын төлеу фактісімен расталады.
- 7.4. Шартпен реттелетін сақтандыру, Шартта (Полисте) көрсетілген мерзімдерде Қазақстан Республикасы аумағында орын алған сақтандыру жағдайларына таралады, егер басқаша көзделмесе.
- 7.5. Шарт келесі жағдайларда тоқтатылады:
- а) оның қолданылу мерзімі аяқталған кезде;
 - б) Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асырған кезде;
 - в) Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға қайтыс болғанда және 5.2.3-тармаққа сәйкес сақтандыру төлемі жүзеге асырылған жағдайда;
 - г) сот Шартты жарамсыз деп тану туралы шешім қабылдаған жағдайда;
 - д) Тараптардың келісімі бойынша Шарт бұзылған жағдайда;
 - е) Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның бастамасы бойынша Шарт бұзылған жағдайда;
 - ж) Сақтандырушының бастамасы бойынша Шартты келесі бұзған жағдайларда:
 - Сақтанушының/Сақтандырылушының белгіленген мерзімде Сақтандыру сыйлықақысын төлемей;
 - заңнамада көзделген өзге де жағдайларда.
- 7.6. Тараптардың талабы бойынша немесе өзге жағдайларда Шарт мерзімінен бұрын бұзылса, Сақтандырушыға төленген сақтандыру сыйақылары қайтарылмайды. Бірақ егер Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға Банктің келісімімен заемнан бас тартқан болса және бұл бас тарту Шартқа қол қойылған күннен бастап 14 (он төрт) күнтізбелік күн ішінде жүзеге асырылса, онда Шарт мерзімінен бұрын бұзылады және Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаға толық сақтандыру сыйақысы қайтарылады. Бұл жағдайда Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға Шартты бұзу туралы өтініш пен Банктің бұзуға келісім бергенін растайтын құжатты ұсынуы тиіс.»
- 7.7. Шартта көзделген негіздер бойынша Шартты мерзімінен бұрын бұзу туралы ниет болған жағдайда, Тараптар бір-бірін бұл туралы жазбаша түрде хабардар етуге міндетті. Бұл ретте, Шартты бұзу туралы жазбаша хабарлама Тараптардың біріне жеткізілген күннен бастап сақтандыру шарты бұзылды деп есептеледі.

8. ТАРАПТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ

- 8.1. **Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға құқылы:**
- 8.1.1. Шарттың шарттары бойынша түсініктеме алуға;
 - 8.1.2. Сақтандырушының сақтандыру төлемінен бас тартуына сот тәртібімен шағымдануға;
 - 8.1.3. Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен Шартты мерзімінен бұрын бұзуға;
 - 8.1.4. Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген өзге де құқықтарды жүзеге асыруға.
- 8.2. **Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға міндетті:**
- 8.2.1. шарт жасасу кезінде Сақтандырушыға сақтандыру тәуекелін бағалау және Сақтандырушының шарт жасасу туралы шешім қабылдауы үшін елеулі маңызы бар өзіне белгілі барлық мән-жайлар туралы хабарлауға;
 - 8.2.2. Шартта белгіленген мөлшерде, тәртіпте және мерзімде сақтандыру сыйақыларын төлеуге;
 - 8.2.3. Сақтандыру жағдайының туындауы туралы Сақтандырушыны хабардар етуге;
 - 8.2.4. Сақтандыру жағдайының себептері, барысы мен салдары, зиянның сипаты мен көлемі туралы пікір қалыптастыруға мүмкіндік беретін барлық ақпарат пен құжаттарды Сақтандырушыға ұсынуға;
 - 8.2.5. Сақтандыру жағдайынан туындайтын шығынды болдырмау немесе азайту үшін барлық мүмкін және мақсатқа сай шараларды қабылдауға.
- 8.3. **Сақтандырушы құқылы:**
- 8.3.1. Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға ұсынған ақпараттың, сондай-ақ осы Шарт талаптарының орындалуын тексеруге;
 - 8.3.2. Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның ауру тарихын және денсаулық жағдайына қатысты кез келген басқа медициналық ақпаратты сұратуға;
 - 8.3.3. сақтандыру жағдайының белгілері бар оқиғаның себептері мен мән-жайларын өз бетінше анықтауға;
 - 8.3.4. Сақтанушыдан/Сақтандырылған тұлғадан сақтандыру жағдайының фактісін, оның туындау мән-жайын анықтау, сондай-ақ сақтандыру жағдайының басталғанын растау үшін тәуелсіз медициналық сараптамадан (Сақтандырушының есебінен) өту үшін қажетті ақпарат пен құжаттарды талап етуге;
 - 8.3.5. егер Сақтанушы/Сақтандырылған сақтандыру жағдайының басталғанын растайтын құжаттарды ұсынбаса, медициналық сараптамадан өтуден бас тартса немесе басқа жағдайларда негізсіз талаптар қойылса, сақтандыру төлемін төлеуден бас тартуға;
 - 8.3.6. Шарт бұзылған жағдайда – Шарт қолданылған уақытқа пропорционалды сақтандыру сыйақысының бір бөлігін, сондай-ақ сақтандыру сыйлықақысының 20%-ы көлеміндегі әкімшілік шығындарын өтеуге құқылы болуға;
 - 8.3.7. Осы Шартқа қол қойылғаннан кейін сақтандыру тәуекеліне елеулі өзгерістер орын алған жағдайда, Шарт талаптарына өзгерістер енгізуді немесе тәуекелдің артуына барабар қосымша сақтандыру сыйақысын талап етуге.
- 8.4. **Сақтандырушы міндетті:**
- 8.4.1. Сақтандыру жағдайы орын алған кезде сақтандыру төлемін осы Шартта көзделген мөлшерде, тәртіпте және мерзімде жүзеге асыруға;
 - 8.4.2. Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның сақтандыру жағдайы кезінде залалды азайту үшін жасаған шығындарын өтеуге;
 - 8.4.3. Сақтандыру құпиясын қамтамасыз етуге.
 - 8.5. Тараптар Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында көзделген өзге де құқықтарды пайдалануға

және міндеттерді орындауға құқылы.

8.6. Пайда алушы құқылы:

- 8.6.1. сақтандыру жағдайының белгілері бар оқиғаның себептері мен мән-жайларын өз бетінше анықтауға, оның ішінде уәкілетті органдарға сұрау салуға;
- 8.6.2. Сақтандыру шарттарының талаптары мен әрекет ету тәртібі бойынша Сақтандырушыдан түсініктеме талап етуге;
- 8.6.3. Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келмейтін өзге де әрекеттерді жүзеге асыруға.

9. ШАРТ ҚОЛДАНЫЛҒАН КЕЗЕҢДЕ САҚТАНДЫРУ ТӘУЕКЕЛІНІҢ АРТУЫНЫҢ САЛДАРЫ

- 9.1. Сақтандыру тәуекелінің ұлғаюына әкеп соғатын мән-жайлар туралы өзіне белгілі болған Сақтандырушы Шарттың талаптарын өзгертуді немесе сақтандыру тәуекелінің ұлғаюына мөлшерлес қосымша Сақтандыру сыйлықақысын төлеуді талап етуге құқылы.
- 9.2. Егер сақтандыру тәуекелінің ұлғаюына әкеп соғатын мән-жайлар жойылған болса, Сақтандырушы осы Шарттың талаптарын өзгертуді талап етуге құқылы емес.

10. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫ ТУЫНДАҒАН ЖАҒДАЙДА САҚТАНУШЫНЫҢ/САҚТАНДЫРЫЛҒАН ТҰЛҒАНЫҢ ӘРЕКЕТТЕРІ

- 10.1. Сақтандыру жағдайы туындаған кезде Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға бұл туралы Сақтандырушының Полисте көрсетілген тәулік бойы жұмыс істейтін CALL-орталығына телефон соғу арқылы немесе Банкке жүгіну арқылы хабарлауы тиіс. Хабарламаны кез келген үшінші тұлға Сақтанушының/Сақтандырылған тұлғаның атынан және тапсырмасы бойынша жасай алады.
- 10.2. Хабарлама Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға сақтандыру жағдайы туралы білген сәттен бастап 5 (бес) күнтізбелік күн ішінде жасалуы тиіс:
 - 10.2.1. сырқат жағдайында – Ережелердің 5.2.1–5.2.2 тармақтарында көрсетілген диагностикалау күннен бастап немесе ДҚК не МЭС қорытындысы берілген күннен бастап;
 - 10.2.2. қайтыс болу жағдайында – қайтыс болған күннен бастап.
- 10.3. Егер Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға Сақтандыру жағдайы туралы Ережелердің 10.1 және 10.2 тармақтарына сәйкес мерзімде хабарлама жасамаса, Сақтандырушы сақтандыру төлемінен бас тартуға немесе оны өз қалауынша шектеулі мөлшерде төлеуге құқылы.

11. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫНЫҢ БАСТАЛҒАНЫН ЖӘНЕ ШЫҒЫН МӨЛШЕРІН РАСТАЙТЫН ҚҰЖАТТАРДЫҢ ТІЗБЕСІ. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМДЕРІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТУРАЛЫ ШЕШІМ ҚАБЫЛДАУ ТӘРТІБІ, ШАРТТАРЫ МЕН МЕРЗІМДЕРІ

- 11.1. Сақтандыру төлемін алу (сақтандыру талабын реттеу) үшін Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға келесі құжаттарды Сақтандырушыға ұсынуы тиіс
 - 1) сақтандыру төлеміне өтініш;
 - 2) Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның жеке куәлігінің көшірмесі;
 - 3) Сақтанушы/Сақтандырылғанның атынан әрекет ететін үшінші тұлғаның сақтандыру төлеміне өтініш берген жағдайда – мұндай үшінші тұлғаның жеке куәлігінің көшірмесі және Сақтанушы/Сақтандырылғанның мүдделерін ұсыну негізі (Сақтанушы/Сақтандырылғанның атынан сенімхат немесе мұндай үшінші тұлғаның Сақтанушы/Сақтандырылғанның мүдделерін ұсыну өкілеттігі туралы жазбаша түсіндірмесі – мысалы, Сақтанушы/Сақтандырылғанның қайтыс болған жағдайда немесе Сақтанушы/Сақтандырылғанның денсаулық жағдайы бойынша сенімхат рәсімдеу мүмкіндігі болмаған жағдайда);
 - 4) Ереженің 5.3 тармағында көрсетілген құжаттар – нотариалды куәландырылған көшірмелер, не болмаса түпнұсқалар негізінде Сақтандырушы немесе Банк растаған көшірмелер.
- 11.2. Сақтандырушы сақтандыру жағдайының туындауын және сақтандыру төлемінің мөлшерін белгілеу үшін қажетті өзге де құжаттар мен ақпараттарды Сақтанушыдан/Сақтандырылған тұлғадан, оның жұмыс берушісінен немесе медициналық ұйымнан сұратуға құқылы. Мұндай құжаттар мен ақпарат тегін ұсынылуы тиіс. Бұл сұраулар құжаттардың 11.1-тармағына сәйкес ұсынылған күннен бастап 15 (он бес) күн ішінде жасалуы қажет.
- 11.3. Сақтандырушы 11.1 және 11.2 тармақтарында көрсетілген барлық құжаттарды алғаннан кейін 10 (он) жұмыс күні ішінде сақтандыру төлемін жүзеге асыру туралы шешім қабылдайды
- 11.4. 11.1-тармақта көрсетілген құжаттар Сақтандырушының уәкілетті өкілі ретінде Банкке тапсырылуы мүмкін.

12. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІ. САҚТАНДЫРУ ТӨЛЕМІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ ТӘРТІБІ МЕН ШАРТТАРЫ

- 12.1. Сақтандыру төлемі бойынша Пайда алушы – Банк болып табылады.
- 12.2. Сақтандыру жағдайының күні мен төлем мөлшері келесідей анықталады:
 - 12.2.1. 5.2.1–5.2.2 тармақтарындағы жағдайлар үшін – ДҚК немесе МЭС қорытындысының күні;
 - 12.2.2. Ереженің 5.2.3 тармағында көрсетілген жағдайда – қайтыс болған күн.
- 12.3. Сақтандыру төлемі – Сақтанушы/Сақтандырылған тұлғаның заем шарты бойынша Банктен алған қарызының, Ереженің 12.2 тармақта көрсетілген сақтандыру жағдайы туындаған күннен бастап заем шартының әрекеті аяқталғанға дейінгі аралықтағы сомасын құрайды.

- 12.3.1. Ереженің 5.2.1-тармақта көрсетілген жағдайларда сақтандыру төлемі Заем шарты бойынша қарызды өтеу кестесіне сәйкес, 3 (үш) қатарынан ай үшін төленуге тиісті кезекті төлем мөлшеріне тең болады.
- 12.3.2. Ереженің 5.2.2–5.2.3 тармақтарында көрсетілген жағдайларда сақтандыру төлемі Пайда алушыға сақтандыру сомасының пайыздық үлесі ретінде төленеді, бірақ Сақтандырылған тұлғаның сақтандыру жағдайы туындаған күнге Заем шарты бойынша Банктегі негізгі қарыз сомасынан аспауы тиіс (пайыздар, сыйақы, өсімпұлдар (айыппұлдар, айыпақылар) есепке алынбайды):
 - 1) Қайтыс болу жағдайында -100%;
 - 2) I топ мүгедектігі берілгенде – 80%;
 - 3) II топ мүгедектігі берілгенде – 60%.
- 12.4. Сақтандыру төлемі Пайда алушының шотына қолма-қол ақшасыз аударым арқылы жүзеге асырылады.
- 12.5. Сақтандырушы өз есебінен сақтандыру жағдайы, оның ішінде Сақтанушының денсаулық жағдайы бойынша сараптама жүргізуге құқылы. Мұндай сараптаманың нәтижелері Сақтандырушының сақтандыру төлемін төлеу немесе төлемнен бас тарту туралы шешіміне негіз бола алады.
- 12.6. Сақтандыру төлемі жүзеге асырылғаннан кейін Шарттың әрекеті тоқтатылады және Сақтандырушының сақтандыру мерзімінің соңына дейін ешқандай міндеттемелері болмайды.
- 12.7. Сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартудың негіздері:
 - 1) Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға Сақтандырушыға сақтандыру объектісі, тәуекелі, сақтандыру жағдайы мен оның салдарлары туралы көрінеу жалған ақпарат берген болса;
 - 2) Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға сақтандыру жағдайының туындауына әдейі себепкер болған болса;
 - 3) Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының мән-жайларын анықтауға және зиян мөлшерін белгілеуге кедергі келтірген болса;
 - 4) Ереженің 10-бабына сәйкес сақтандыру жағдайының белгілері бар және/немесе салдары сақтандыру жағдайының басталуы болуы мүмкін оқиғаның басталуы туралы белгіленген мерзімде хабарламау;
 - 5) Ереженің 5.4 және 5.5 тармақтарында көрсетілген негіздер орын алса.
- 12.8. Сақтандырушы келесі сақтандыру төлемдерді жүзеге асырмайды:
 - 1) Сақтанушының жанама коммерциялық шығындары, өсімпұл, жіберіп алған пайда;
 - 2) Моральдық зиян;
 - 3) сот шығындары (Шартта өзгеше көзделмесе).

13. ДАУЛАРДЫ ШЕШУ ТӘРТІБІ

- 13.1. Шарт бойынша туындайтын даулар Тараптар арасында келіссөздер жолымен шешіледі.
- 13.2. Келісімге қол жеткізілмеген жағдайда, дау Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында белгіленген тәртіппен қаралады.

14. ҚОСЫМША ШАРТТАР

- 14.1. Тараптар арасындағы барлық есеп айырысулар Қазақстан Республикасының ұлттық валютасында – теңгемен жүргізіледі. Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген жағдайларда есеп айырысулар шетел валютасында жүргізілуі мүмкін.
- 14.2. Мұндай ақпаратты жария ету Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес талап етілетін жағдайларды қоспағанда, Тараптар абсолютті құпиялылық режимін сақтап, өзара міндеттемелер алады.
- 14.3. Сақтандыру шартына енгізілетін барлық өзгерістер мен толықтырулар жазбаша түрде ресімделіп, Тараптардың уәкілетті өкілдерімен қол қойылғанда ғана заңды күшіне ие болады.
- 14.4. Сақтандыру шартына байланысты немесе оны орындау мақсатында Тараптар жіберетін барлық қосымшалар, хабарламалар, ескертулер, ұсыныстар жазбаша түрде жасалуы және Шартта көрсетілген мекенжайлар бойынша тіркелген жеткізу/қабылдау әдісімен жіберілуі тиіс.
- 14.5. Сақтандыру шартына қол қою арқылы Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға осы Ережелердің көшірмесін алғанын, шарттарымен танысқанын және олармен келісетінін растайды. Қайшылықтар туындаған жағдайда, Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға Ережелермен таныспағанын немесе олар ұсынылмағанын негіз етіп көрсетуге құқылы емес.