

УТВЕРЖДЕНО:
Решением Совета Директоров
АО «Страховая компания «Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр)»
Протокол № 08-2020 от 15.09.2020 года

Республика Казахстан, А26С7Х9, г. Алматы, ул.Пушкина, 97

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



**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

г. Алматы, 2020 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 на случай возникновения критических заболеваний, класс страхования Страхование на случай болезни.
- II. Сроки и условия страхования устанавливаются в соответствии со сроками и условиями страхового покрытия General Reinsurance AG - Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Cologne, Germany (далее – «GenRe»), который является основным держателем рисков по Договору перестрахования № 3 54696 001 от 01.06.2020г. (через перестрахование). Сроки и условия страхового покрытия, для каждого застрахованного определяется в соответствии с выбранной программой страхования и выбранной территорией страхования.
- 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.
- VI. По соглашению между Страхователем и Страховщиком на основании Правил могут быть заключены договоры страхования, предусматривающие дополнительные условия, определяемые при заключении договора страхования.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Страховщик** – АО «Страховая компания «Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр)»
- 1.2. **Страхователь** – юридическое или физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования, которое отвечает за оплату премии и обеспечивает выполнение условий Договора от имени каждого застрахованного лица.
- 1.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный, Выгодоприобретатель)** – физическое лицо, указанное в страховом сертификате в качестве застрахованного лица.
- 1.4. **Критическое заболевание** — это заболевание, существенно влияющее на образ жизни, имеющее однозначное определение, объективный и подтверждаемый диагноз.
- 1.5. **Острое состояние** - заболевания, травмы или болезни, которые быстро поддаются лечению, нацеленному вернуть состояние здоровья, в котором Застрахованное лицо было непосредственно до заболевания или травмы, и которое ведет к полному выздоровлению.
- 1.6. **Форма-заявление** - форма, которую Застрахованное лицо заполняет и подписывает от своего имени до заключения договора страхования.
- 1.7. **Территория страхования** – территория на которой Страховщик, покрывает расходы на лечение застрахованного лица, пределы которой определяются программой страхования и указаны в Договоре страхования и Страховом сертификате.
- 1.8. **Услуги Ассистанса** – Ассистанс, контрактованный Страховщиком для предоставления ассистанских услуг Застрахованному лицу по программе страхования покрытия критических заболеваний во время страхового случая.
- 1.9. **Страховой сертификат** - подтверждение страхового покрытия, выданного Страховщиком. Сертификат страхования подтверждает страховое покрытие, территорию покрытия, период покрытия, и любые специальные условия, относящиеся к страховому покрытию.
- 1.10. **Страховая выплата** - общая стоимость курса лечения для конкретного заболевания.
- 1.11. **Страна проживания** - страна, являющаяся основным и регулярным местом жительства Застрахованного лица.
- 1.12. **Родная страна** – страна проживания Застрахованного лица, сообщенная им в заявлении на страхование и указанная в Страховом сертификате.
- 1.13. **Дата прикрепления** – дата начала страхового покрытия впервые.
- 1.14. **Дневной стационар** – Застрахованное лицо является пациентом дневного стационара, когда по медицинским причинам, Застрахованный должен пойти в больницу или пункт дневного стационара, в связи с необходимостью восстановления под медицинским наблюдением, без необходимости оставаться в больнице на ночь.
- 1.15. **Диагностическое обследование** - обследования, такие как рентген или анализы крови, с целью найти или помочь найти причину симптомов заболевания.
- 1.16. **Неотложная помощь** - необходимое лечение, предоставленное в отделении больницы скорой и неотложной помощи для определения и лечения острых заболеваний, как результата несчастного случая или внезапного наступления болезни, от которой Застрахованный никогда не страдал ранее, в случае которого целесообразно полагать, что симптомы состояния высокой степени тяжести, и что отказ от немедленного обращения к врачу может привести к либо сильному ухудшению здоровья или привести нарушению телесных функций.
- 1.17. **Срок окончания** - дата, на которую все страховое покрытие заканчивается
- 1.18. **Полный возврат средств** – покрываемые Страховщиком расходы за все объективное и общепринятое лечение, с учетом любых годовых и/или пожизненных лимитов, которые могут применяться, и с учетом любого со-страхования и/или эксцесса, которые могут применяться.
- 1.19. **Хоспис** – стационар, предоставляющий паллиативную помощь и помощь неизлечимо больным пациентам.
- 1.20. **Больница (стационар)** - учреждение, которое находится под постоянным наблюдением врача-резидента и которое лицензировано в качестве медицинского или хирургического стационара в соответствии с законодательством страны, в которой оно расположено.
- 1.21. **Болезнь** - любая болезнь, заболевание, расстройство или изменение в состоянии здоровья, установленное врачом.
- 1.22. **Дата начала** - дата, когда страховое покрытие в соответствии с настоящим договором начинает действовать, и как указано в Страховом Сертификате.
- 1.23. **Стационарное лечение** - медицинское лечение, представленное больницей, куда Застрахованный был принят в связи с медицинской необходимостью, где Застрахованный занимает койко-место в течение одних или нескольких суток, но не более 12 месяцев для любого медицинского состояния.

- 1.24. **Опасное для жизни состояние** - критическое состояние здоровья, покрываемое программой страхования, которое, по мнению Ассистанса является угрозой для жизни и требует немедленного лечения в стационаре.
- 1.25. **Медицинское состояние (заболевание)** - любое заболевание или болезнь (в том числе психические заболевания) иначе не исключенные настоящими Правилами.
- 1.26. **Врач** - человек, который имеет степень в медицинской практике и хирургии, как результат окончания признанного медицинского института, и который имеет лицензию на медицинскую практику от соответствующего лицензирующего органа, где проводится лечение. Признанным медицинским институтом является медицинская школа, которая указана в действующем Всемирном справочнике медицинских ВУЗов, опубликованном Всемирной организацией здравоохранения.
- 1.27. **Необходимое с медицинской точки зрения** – адекватное и необходимое лечение состояния здоровья, которое покрывается условиями настоящего Правил, и не противоречит общепринятой медицинской практике и руководящих принципов в отношении вида, частоты и продолжительности лечения. Руководящие принципы Великобритании, используемые для данных целей, опубликованы Национальным институтом здравоохранения и клинического мастерства в Великобритании.
- 1.28. **Практикующий врач** - лицо, имеющее полную регистрацию согласно медицинскому акту страны, где оно практикует и которое специализируется на уходе, или физиотерапевтическом лечении.
- 1.29. **Имплантация органа** - лечение, сделанное для выполнения имплантации, следующих естественных человеческих органов: почек, печени, сердца, легких и пересадка кожи (где необходимо по медицинским показаниям, а не в косметических целях). Покрытие не предоставляется для имплантации любого другого органа естественного или искусственного характера.
- 1.30. **Амбулаторное лечение** – лечение врачом или по рекомендации врача в кабинете больницы, отделении скорой помощи или поликлиники, в случае, когда с медицинской точки зрения нет необходимости в госпитализации или лечении в дневном стационаре.
- 1.31. **Общий лимит страхования** - максимальная сумма денег, оплата которой производится Страховщиком в течение каждого периода страхования.
- 1.32. **Паллиативное лечение** - лечение, основной целью которого является только временное облегчение симптомов, а не лечение заболевания, вызывающее симптомы.
- 1.33. **Период покрытия** – период в 12 месяцев с даты вступления покрытия в силу или с даты любого последующего обновления. Период покрытия, указанный в сертификате страхования, и покрытие остаются в силе в течение этого периода, и при условии получения страховой премии(й) от Страхователя на день или до установленной даты оплаты. Если премия не получена Страховщиком на установленную дату оплаты, период покрытия будет прекращен с даты до установленной даты оплаты премии.
- 1.34. **Семейный врач (терапевт)** - врач, лицензированный и уполномоченный соответствующими органами управления на медицинскую практику в стране, где предоставляется лечение.
- 1.35. **Программа страхования (план)** - наименование программы, которая применяется и указано подробно в сертификате страхования Застрахованного.
- 1.36. **Лечение после госпитализации** - представляет собой консультации наблюдающего врача по медицинским показаниям, физиотерапию, диагностические исследования и/или лечение, которое должно проводиться амбулаторно после стационарного или дневного стационарного лечения, покрываемого планом и пройденного в течение 60 дней после даты выписки из больницы.
- 1.37. **Существующие заболевания** - любое заболевание, болезнь или травма, включая психологическое состояние или установленное состояние, в связи с которым: Застрахованный получает лекарства, консультации или лечение; или испытывает симптомы вне зависимости был ли установлен диагноз в любое время до начала страхового покрытия.
- 1.38. **Связанные заболевания** - любое медицинское состояние, которое является либо основной причиной, либо непосредственно связанное с основной болезнью, заболеванием или травмой и подлежит условиям страхового случая.
- 1.39. **Лекарство, отпускаемое по рецепту** - медикаменты и лекарственные вещества, продажа и использование которых является ограничено законом, кроме как по рецепту врача. Препараты, лекарства и другие медикаменты, приобретенные без рецепта врача, не покрываются.
- 1.40. **Разумная и общепринятая (обоснованная) стоимость** – размер оплаты, которое, как правило, подлежит поставщикам медицинских услуг в стране, в которой Застрахованный получает лечение. Если расходы на лечение превышают стоимость, которая, как правило, взимается медицинским поставщиком услуг, в стране, в которой Застрахованный получает лечение, Страховщик будем оплачивать только ту сумму, которая, как правило, взимается в этой стране.
- 1.41. **Признанное медицинское лечение** – лечение, которое является целесообразным и необходимым

по медицинским показаниям для лечения заболевания, покрываемого условиями настоящего Договора, и которое соответствует общепринятой медицинской практике и руководящим указаниям относительно этого типа, периодичности и продолжительности. Британское руководство, используемое для этой цели - указания, опубликованные Национальным институтом здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании.

- 1.42. **Связанное состояние (сопутствующее заболевание)** - любое заболевание, болезнь или травма, которая вызвана ранее существующим состоянием или как результат той же основной причины, как уже существующее состояние.
- 1.43. **Сессия (сеанс)** - одна непрерывная консультация, во время которой Застрахованный получает консультацию, лечение и/или рецепт на лекарства.
- 1.44. **Специалист** - хирург, анестезиолог или врач, который законно занимается медицинской или хирургической деятельностью, как результат посещения признанного медицинского института, и признанный соответствующими органами в стране, в которой предоставляется лечение, как имеющий специализированное образование в области ИЛИ опыт в лечении заболевания, болезни или травмы. Признанным медицинским институтом имеется ввиду медицинское образовательное учреждение, которое указано в мировом каталоге медицинских ВУЗов, публикуемых Всемирной организацией здравоохранения.
- 1.45. **Особые условия** - любые исключения или условия, которые Страховщик может применить к программе страхования Застрахованного. Любые особые условия, относящиеся к программе страхования Застрахованного указаны в сертификате страхования.
- 1.46. **Программа страхования** – перечень страховых выплат, указанный в Договоре страхования.
- 1.47. **Лечение** - хирургические или медицинские услуги (в том числе диагностические исследования), которые необходимы для диагностики, облегчения или лечения заболевания, болезни или травмы.
- 1.48. При употреблении слов «нас», «мы», «наш» подразумевается Страховщик.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с риском возникновения в период действия Договора страхования критического заболевания у застрахованного лица.

3. СТРАХОВАЯ СУММА

- 3.1. Страховая сумма (страховой лимит) – определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату.
- 3.2. 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.
- 3.3. 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.
- 3.4. В течение срока договора страховая сумма по соглашению сторон может быть изменена путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 4.1. 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 возникновением критического заболевания, и возникновение расходов Застрахованного лица по Медицинскому обслуживанию, подлежащих частичной или полной компенсации
- 4.2. Страховщик покрывает расходы застрахованного лица, в соответствии с выбранной программой страхования и на условиях, указанных в Разделе 3 Договора страхования.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

- 5.1. Список исключений из страхового случая указан в Договоре страхования и определяется в соответствии с выбранной программой страхования.
- 5.2. Не является Страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг:

- не предусмотренных договором страхования;
- в медицинские учреждения 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.
- В связи с заболеванием, возникшим до начала периода страхования или во время периода ожидания

5.3. 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. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА. МЕДИЦИНСКОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ.

- 6.1. Застрахованными лицами могут быть лица возраст, которых на момент заключения договора страхования не превышает 65 (шестьдесят пять) лет.
- 6.2. Перед заключением договора страхования каждое лицо, подлежащее страхованию, обязано заполнить, подписать и предоставить в оригинале Страховщику заявление на страхование по установленной Страховщиком форме.
- 6.3. Страховщик вправе по своему усмотрению запросить у Застрахованного лица прохождение медицинского обследования
- 6.4. По результатам медицинского анкетирования, Страховщик вправе по своему усмотрению запросить у Застрахованного лица прохождение медицинского осмотра. Объем медицинского осмотра определяется по усмотрению Страховщика.
- 6.5. Результаты медицинского осмотра предоставляются Страховщику не позднее 3 месяцев с даты начала периода страхования.
- 6.6. В случае не предоставления Застрахованным лицом сведений о прохождении медицинского осмотра, Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в отношении такого Застрахованного лица. При этом страховая премия подлежит возврату Страхователю за вычетом административных расходов Страховщика в размере 35% (тридцати пяти процентов) от уплаченной Страхователем страховой премии или страховых взносов.
- 6.7. Расходы, связанные с прохождением медицинских осмотров, являются расходами лица, подлежащего страхованию и в последующем не подлежат возмещению Страховщиком.
- 6.8. Застрахованное лицо несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений при медицинском анкетировании.
- 6.9. 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.

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. Страховой взнос – при уплате страховой премии в рассрочку – часть страховой премии, уплачиваемый Страхователем.
- 7.3. Размер страховой премии по договору страхования зависит от выбранных Страхователем Программ страхования, величины страховой суммы и срока страхования и устанавливается в Евро (EUR), при этом оплата страховой премии производится Страхователем в казахстанских тенге (KZT) по курсу установленному Национальным Банком Республики Казахстан на день оплаты страховой премии или страхового взноса.

- 7.4. 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.
- 7.5. 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.

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

- 8.1. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) календарный год с действием на территории Республики Казахстан и другие страны, определённые программой страхования.
- 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.
- 8.4. 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.
- 8.5. 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, пола;
 - индивидуальных идентификационных номеров;
 - домашних адресов и телефонов;
 - данных о документе, удостоверяющем личность застрахованного лица (паспорт, удостоверение личности, свидетельство о рождении или вид на жительство);
- 8.6. 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.
- 8.7. 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.
- 8.8. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяет свое действие на страховые случаи, произошедшие в сроки, указанные в договоре страхования по истечении периода ожидания, определённого программой страхования, если иное не оговорено в нем.
- 8.9. Договор страхования прекращается в случаях:
- а) истечения срока его действия;
 - б) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме (оплата стоимости медицинских услуг в размере страховой суммы);
 - в) 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;
 - г) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
 - д) расторжения договора по соглашению сторон;
 - е) расторжения договора страхования по инициативе Страхователя;
 - ж) 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.
- 8.10. 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.
- 8.11. 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 календарных дней с момента направления уведомления о прекращении договора страхования другой стороне.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

- 9.1.1. 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;
- 9.1.2. 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;
- 9.1.3. обращаться к Страховщику для организации Медицинского обслуживания в случае Заболевания;
- 9.1.4. обжаловать в суде отказ Страховщика осуществить Страховую выплату;
- 9.1.5. досрочно расторгнуть Договор в установленном законодательством Республики Казахстан порядке;
- 9.1.6. осуществлять контроль за выполнением условий Договора страхования;
- 9.1.7. осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан и Правилами страхования.

9.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

- 9.2.1. 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.
- 9.2.2. уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, установленные Договором;
- 9.2.3. при наступлении страхового случая уведомить Страховщика в порядке, предусмотренном п. 9.1. раздела I настоящих Правил;
- 9.2.4. 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;
- 9.2.5. при откреплении застрахованных уведомить Страховщика о прекращении страхования
- 9.2.6. предоставлять Страховщику всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка.
- 9.2.7. предпринимать все возможные и целесообразные меры для предотвращения или уменьшения убытков от страхового случая.

9.3. Страховщик имеет право:

- 9.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящего Договора;
- 9.3.2. запрашивать историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном лице, в том числе информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица;
- 9.3.3. направлять запросы соответствующим Поставщикам медицинских услуг и иные компетентные организации по факту страхового случая;
- 9.3.4. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая;

- 9.3.5. требовать от Застрахованного заполнить анкету Страховщика о состоянии здоровья и/или прохождение медицинского обследования для оценки фактического состояния здоровья (за счет Застрахованного). 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;
- 9.3.6. 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;
- 9.3.7. 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;
- 9.3.8. при расторжении настоящего Договора – на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, плюс 25% от общей суммы страховой премии в счет возмещения расходов на административные расходы;
- 9.3.9. 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

9.4. Страховщик обязан:

- 9.4.1. ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с Правилами страхования;
 - 9.4.2. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором;
 - 9.4.3. возместить Страхователю (Застрахованному лицу) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
 - 9.4.4. обеспечить тайну страхования.
 - 9.4.5. обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;
 - 9.4.6. по письменному запросу Страхователя, в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения запроса, предоставлять отчет о произошедших страховых случаях за период с начала действия Договора и до даты запроса.
 - 9.4.7. организовать предоставление Застрахованному Медицинского обслуживания, предусмотренного Договором и соответствующей Программой страхования, с учетом режима работы Медицинских поставщиков
- 9.5. Стороны вправе пользоваться иными правами и исполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования и положениями действующего законодательства Республики Казахстан.

10. ДЕЙСТВИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 10.1. При возникновении страхового случая (заболевания) Застрахованный обращается к Страховщику за организацией Медицинского обслуживания, позвонив в CALL-центр Страховщика, телефон которого указан в страховом сертификате.
- 10.2. Медицинское обслуживание, назначенное врачом в связи с Заболеванием Застрахованного (страховым случаем), о котором Страховщик был уведомлен, 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 Правил на основании Заявления Страхователя (Застрахованного) на возмещение затрат Застрахованного (страховых выплат).

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) 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.
- 11.2. 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. 11.2 должны быть запрошены Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения счета от Поставщика медицинских услуг или заявления от Застрахованного.
- 11.3. 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 нотариально.

12. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 12.1. Выгодоприобретателем по страховой выплате является Застрахованный и/или Поставщик медицинских услуг
- 12.2. Размер страховой выплаты равен стоимости Медицинского обслуживания, полученного Застрахованным в связи со страховым случаем, и устанавливается на основании документов, перечисленных в пункте 11.1 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. 11.1 и 11.2 настоящих Правил.
- 12.3. 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.
- 12.4. 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.
- 12.5. 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.
- 12.6. 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.
- 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;
 - 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 настоящими Правилами или при нарушении порядка действий Застрахованного при наступлении страхового случая;
 - 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.
- 12.8. 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.
- 12.9. 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.
- 12.10. В случае получения Медицинского обслуживания в период ожидания и 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. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 13.1. Все споры между Страховщиком и Страхователем по Договору решаются путем переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан.

14. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 14.1. В настоящие Правила могут быть внесены изменения и дополнения в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.
- 14.2. 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.

Директорлар
кеңесінің шешімімен
БЕКІТІЛГЕН:
**«Sinoasia B&R» (Синоазия БиЭндАр) «Сақтандыру
компаниясы» АҚ**
Хаттама № 08-2020 15.09.2020ж.

Қазақстан Республикасы, А26С7Х9, Алматы қ., Пушкин к.,
97 Телефон: (727) 2444-684,2444-685, факс: (727) 291 67 23



**АУЫР АУРУЛАР ТУЫНДАҒАН ЖАҒДАЙДА ЕРІКТІ
МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ ЕРЕЖЕЛЕРІ**

Алматы қ., 2020 .

ЖАЛПЫ ЕРЕЖЕЛЕР

I. Осы сақтандыру ережелері Қазақстан Республикасының Азаматтық кодексіне және «Сақтандыру қызметі туралы» Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес әзірленді. Осы сақтандыру ережелерімен сипатталатын сақтандыру түрі-ауыр сырқаттар туындаған жағдайда ерікті медициналық сақтандыру, ауырған жағдайда Сақтандыру класы бойынша.

II. Сақтандыру мерзімдері мен шарттары 01.06.2020 ж. № 3 54696 001 қайта сақтандыру шарты бойынша тәуекелдердің негізгі ұстаушысы болып табылатын General Reinsurance AG - Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Cologne, Germany (бұдан әрі – "GenRe") сақтандыру өтемінің мерзімдері мен шарттарына сәйкес белгіленеді (қайта сақтандыру арқылы). Әрбір сақтандырылушы үшін сақтандыру өтемінің мерзімі мен шарттары таңдалған сақтандыру бағдарламасына және таңдалған сақтандыру аумағына сәйкес айқындалады.

III. Сақтандыру шарты жазбаша нысанда жасалуға және Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасында көзделген мәміленің жарамдылығының жалпы талаптарына жауап беруге тиіс. Ережеде қамтылған және сақтандыру шартының мәтініне енгізілмеген шарттар, егер сақтандыру шартында осындай Ережелердің қолданылуы тікелей көрсетілсе және Ережелердің өзі шартпен бір құжатта баяндалса не оған қоса берілсе, Сақтанушы (Сақтандырылушы) үшін міндетті болады.

IV. Сақтандыру шартын жасасу кезінде Сақтанушы мен Сақтандырушы Ережелердің жекелеген ережелерін өзгерту немесе алып тастау туралы және Қазақстан Республикасының заңнамалық және нормативтік құқықтық актілерінде белгіленген шектерде ережелерді толықтыру туралы уағдаласа алады.

V. Сақтандыру шартында қамтылған ережелер сақтандыру Ережелерінің тиісті ережелеріне қатысты басым болып табылады.

VI. Сақтанушы мен Сақтандырушы арасындағы келісім бойынша Ережелер негізінде сақтандыру шартын жасасу кезінде айқындалатын қосымша талаптарды көздейтін сақтандыру шарттары жасалуы мүмкін.

1. АНЫҚТАМА

- 1.1. **Сақтандырушы** –«Sinoasia B&R» Сақтандыру компаниясы" АҚ (Синоазия БиЭндАр)"
- 1.2. **Сақтанушы** -Сақтандырушымен сақтандыру шартын жасасқан, сыйлықақыны төлеуге жауапты және әрбір сақтандырылған тұлғаның атынан шарт талаптарының орындалуын қамтамасыз ететін заңды немесе жеке тұлға.
- 1.3. **Сақтандырылған тұлға (Сақтандырылған тұлға, Пайда алушы)** - Сақтандырылған тұлға ретінде сақтандыру сертификатында көрсетілген жеке тұлға.
- 1.4. **Ауыр ауру** -бұл өмір салтына айтарлықтай әсер ететін, нақты анықтамасы, объективті және расталған диагнозы бар ауру.
- 1.5. **Шұғыл жағдай** -сақтандырылған адам ауруға немесе жарақатқа дейін болған және толық қалпына келтіруге әкелетін денсаулық жағдайын қалпына келтіруге бағытталған тез емделетін аурулар, жарақаттар немесе аурулар.
- 1.6. **Өтініш нысаны** -Сақтандырылған тұлға сақтандыру шартын жасасқанға дейін өз атынан толтыратын және қол қоятын нысан.
- 1.7. **Сақтандыру аумағы**-сақтандырушы Сақтандырылған тұлғаны емдеуге арналған шығыстарды **жабатын аумақ**, оның шектері сақтандыру бағдарламасымен айқындалады және сақтандыру шартында және сақтандыру сертификатында көрсетіледі.
- 1.8. **Ассистанс қызметтері** – сақтандыру жағдайы кезінде ауыр ауруларды жабу бағдарламасы бойынша Сақтандырылған тұлғаға ассистанттық қызметтерді ұсыну үшін сақтандырушы келісімшартқа отырған Ассистанс.
- 1.9. **Сақтандыру сертификаты**-Сақтандырушы берген сақтандыруды растау. Сақтандыру сертификаты сақтандыруды қамтуды, қамту аймағын, қамту мерзімін және қамтуға қатысты кез келген арнайы шарттарды растайды.
- 1.10. **Сақтандыру төлемі** -курстың жалпы құны сақтандыру төлемі-белгілі бір ауруды емдеу курсының жалпы құны.
- 1.11. **Тұрғылықты ел**-Сақтандырылған тұлғаның негізгі және тұрақты тұрғылықты жері болып табылатын ел.
- 1.12. **Туған ел** -Сақтандырылушының сақтандыру туралы өтінішінде хабарлаған және Сақтандыру сертификатында көрсетілген тұрғылықты елі.
- 1.13. **Тіркелген күні** -сақтандыру төлемі алғаш рет басталған күн.
- 1.14. **Күндізгі стационар** -сақтандырылған адам күндізгі стационардың пациенті болып табылады, онда медициналық себептер бойынша сақтандырылған адам ауруханада немесе күндізгі стационар пунктіне медициналық бақылаумен қалпына келтіру қажеттілігіне байланысты, ауруханада түнеу қажеттілігінсіз баруы керек.
- 1.15. **Диагностикалық тексеру** -ауру белгілерінің себебін табу немесе табуға көмектесу үшін рентген немесе қан анализі сияқты тексерулер.
- 1.16. **Шұғыл көмек** -жедел және шұғыл көмек аурухана бөлімшесінде жедел ауруларды анықтау және емдеу үшін сақтандырылған адам бұрынсоңды зардап шекпеген жазатайым оқиғаның немесе аурудың кенеттен басталуының нәтижесі ретінде берілген қажетті емдеу, бұл жағдайда аурудың белгілері жоғары дәрежеде деп қабылдаған жөн. ауырлық дәрежесі және дәрігерге дереу барудан бас тарту мүмкін денсаулықтың қатты нашарлауына немесе дене функциясының бұзылуына әкеледі.
- 1.17. **Аяқталу мерзімі** –сақтандыру бойынша барлық қамту аяқталатын күн
- 1.18. **Қаражаттың толық қайтарылуы** -қолданылуы мүмкін кез келген жылдық және/немесе өмір бойы лимиттерді ескере отырып және қолданылуы мүмкін кез келген бірлескен сақтандыруды және/немесе шектен шығуды ескере отырып, барлық объективті және жалпы қабылданған емдеу үшін Сақтандырушы жабатын шығыстар.
- 1.19. **Хоспис** —паллиативтік көмек пен айықпас науқастарға көмек көрсететін стационар.
- 1.20. **Аурухана (стационар)** - резидент дәрігердің тұрақты бақылауында болатын және ол орналасқан елдің заңнамасына сәйкес медициналық немесе хирургиялық стационар ретінде лицензияланған мекеме.
- 1.21. **Ауру** -дәрігер белгілеген кез келген ауру, сырқат, денсаулықтағы бұзылыс немесе денсаулық жағдайының өзгеруі.
- 1.22. **Басталу күні** -осы Шартқа сәйкес сақтандыру өтемі күшіне енетін және сақтандыру сертификатында көрсетілгендей күн.
- 1.23. **Стационарлық емдеу** -сақтанушы медициналық қажеттілікке байланысты қабылданған аурухана

ұсынған медициналық емдеу, онда сақтанушы бір немесе бірнеше тәулік ішінде төсек-орын алады, бірақ кез келген медициналық жағдай үшін 12 айдан аспайды.

- 1.24. **Өмірге қауіп төндіретін жағдай** -бұл сақтандыру бағдарламасымен қамтылған, Ассистанстың пікірінше, өмірге қауіп төндіретін және ауруханада жедел емдеуді қажет ететін денсаулық жағдайы.
- 1.25. **Медициналық жай - күйі (ауруы)** - осы Ережелермен басқаша алынып тасталмаған кез келген ауру немесе сырқат түрі (оның ішінде психикалық аурулар).
- 1.26. **Дәрігер** -танылған медициналық институтты бітірудің нәтижесі ретінде медициналық практикада және хирургияда дәрежесі бар және емдеу жүргізілетін тиісті лицензиялау органынан медициналық практикаға лицензиясы бар адам. Танылған медициналық институт-бұл дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы жариялаған медициналық университеттердің қолданыстағы Дүниежүзілік анықтамалығында көрсетілген медициналық мектеп.
- 1.27. **Медициналық тұрғыдан қажетті** -осы Ереженің шарттарымен қамтылған және емдеудің түріне, жиілігіне және ұзақтығына қатысты жалпы қабылданған медициналық практика мен нұсқаулықтарға қайшы келмейтін денсаулық жағдайын барабар және қажетті емдеу. Осы мақсаттар үшін қолданылатын Ұлыбритания нұсқауларын Ұлыбританиядағы ұлттық денсаулық сақтау және клиникалық шеберлік институты жариялайды.
- 1.28. **Тәжірибеші дәрігер** -ол жаттығатын және күтімге немесе физиотерапиялық емдеуге маманданған елдің медициналық актісіне сәйкес толық тіркелген адам.
- 1.29. **Ағзаны имплантациялау** -адамның келесі табиғи мүшелерін имплантациялау үшін жасалған емдеу: бүйрек, бауыр, жүрек, өкпе және теріні трансплантациялау (косметикалық мақсатта емес, медициналық себептермен қажет болған кезде). Табиғи немесе жасанды сипаттағы кез келген басқа органды имплантациялау үшін жабын берілмейді.
- 1.30. **Амбулаториялық емдеу** – дәрігердің емдеуі немесе дәрігердің ұсынысы бойынша аурухананың, жедел жәрдем бөлімшесінің немесе емхананың кабинетінде, медициналық тұрғыдан күндізгі стационарда ауруханаға жатқызу немесе емдеу қажет болмаған жағдайда.
- 1.31. **Сақтандырудың жалпы лимиті** -Сақтандырушы сақтандырудың әрбір кезеңі ішінде төлейтін ақшаның ең жоғары сомасы.
- 1.32. **Паллиативті емдеу** -негізгі мақсаты симптомдарды тудыратын ауруды емдеу емес, симптомдарды уақытша жеңілдету болып табылатын емдеу.
- 1.33. **Қамту кезеңі** – қамту кезеңі күшіне енген күннен бастап немесе кез келген кейінгі жаңарту күнінен бастап 12 айлық кезең. Сақтандыру сертификатында көрсетілген қамту кезеңі және қамту осы кезең ішінде және Сақтанушыдан сақтандыру сыйлықақысын(ларын) бір күнге немесе белгіленген төлем күніне дейін алған жағдайда күшінде қалады. Егер Сақтандырушы сыйлықақыны белгіленген төлем күніне алмаса, қамту кезеңі сыйлықақыны төлеу күнінен бастап белгіленген күнге дейін тоқтатылады.
- 1.34. **Отбасылық дәрігер (терапевт)** - емдеу көрсетілетін елдегі медициналық практикаға тиісті басқару органдары лицензиялаған және уәкілеттік берген дәрігер.
- 1.35. **Сақтандыру бағдарламасы (жоспар)** - сақтандырылушының сақтандыру сертификатында қолданылатын және егжей-тегжейлі көрсетілген бағдарламаның атауы.
- 1.36. **Госпитализациядан кейінгі емдеу** -бұл бақылаушы дәрігердің медициналық кеңес беруі, физиотерапия, диагностикалық зерттеулер және/немесе емдеу, ол жоспармен қамтылған және ауруханадан шыққан күннен кейін 60 күн ішінде стационарлық немесе күндізгі стационарлық емдеуден кейін амбулаториялық негізде жүргізілуі керек.
- 1.37. **Әдеттегі кездесетін аурулар** -кез-келген ауру, сырқат немесе жарақат, оның ішінде психологиялық жағдай немесе белгіленген жағдай: Сақтанушы дәрі-дәрмектерді, кеңестерді немесе емдеуді алады; немесе симптомдарды сезінуіне қарамастан диагноз кез-келген уақытта сақтандыру басталғанға дейін анықталған белгілері бар.
- 1.38. **Байланысты аурулар** -негізгі себеп болып табылатын немесе негізгі аурумен, **сырқатпен** немесе жарақатпен тікелей байланысты және сақтандыру жағдайына жататын кез келген медициналық жағдай.
- 1.39. **Рецепт бойынша дәрі** –медикаменттер, дәрі-дәрмектік заттар мен дәрі-дәрмектер, оларды сату және пайдалану дәрігердің рецептісінен басқа заңды болып табылмайды. Дәрігердің рецептісіз сатып алынған медикаменттер, дәрі-дәрмектік заттар мен дәрі-дәрмектер және басқа да дәрі-дәрмектер қамтылмаған, төленбейді.
- 1.40. **Ақылға қонымды және жалпы қабылданған (негізделген) құн**-Сақтанушы емделіп жатқан елдегі медициналық қызмет көрсетушілерге тиесілі төлем мөлшері. Егер емдеу шығындары әдетте медициналық қызмет көрсетуші алатын құннан асып кетсе, Сақтанушы емделіп жатқан елде Сақтандырушы тек сол елде алынатын соманы төлейтін болады.
- 1.41. **Танылған медициналық емдеу** - осы Шарттың талаптарымен қамтылған және жалпы қабылданған медициналық практикаға және осы түрге, кезеңділікке және ұзақтыққа қатысты нұсқауларға сәйкес келетін

ауруды емдеу үшін медициналық көрсеткіштерге сәйкес орынды және қажет емдеу. Осы мақсатта қолданылатын Британдық Нұсқаулық-Ұлыбританияның ұлттық денсаулық сақтау және медициналық көмекті жетілдіру институты жариялаған нұсқаулар.

1.42. **Байланысты жағдай (ілеспе ауру)** - бұрыннан бар жағдайдан туындаған немесе бұрыннан бар жағдай сияқты негізгі себептің нәтижесі болып табылатын кез келген ауру, сырқат немесе жарақат.

1.43. **Сессия (сеанс)** - сақтанушы кеңес, емдеу және/немесе дәрі-дәрмек рецептін алатын бірыңғай үздіксіз кеңес.

1.44. **Маман** - хирург, анестезиолог немесе медициналық немесе хирургиялық қызметпен заңды түрде айналысатын дәрігер, танылған медициналық институтқа барудың нәтижесі ретінде және емделетін елдегі тиісті органдар мойындаған, бұл салада мамандандырылған білімі бар немесе ауруды, сырқатты немесе жарақатты емдеуде тәжірибесі бар. Танылған медициналық институт Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы жариялайтын медициналық жоғары оқу орындарының әлемдік каталогында көрсетілген медициналық білім беру мекемесін білдіреді.

1.45. **Ерекше шарттар**-Сақтандырушы Сақтандырылушыны сақтандыру бағдарламасына қолдана алатын кез келген ерекшеліктер немесе шарттар. Сақтандырылушыны сақтандыру бағдарламасына қатысты кез келген ерекше шарттар сақтандыру сертификатында көрсетілген.

1.46. **Сақтандыру бағдарламасы**-сақтандыру шартында көрсетілген сақтандыру төлемдерінің тізбесі.

1.47. **Емдеу**-ауруды, сырқатты немесе жарақатты диагностикалау, жеңілдету немесе емдеу үшін қажет хирургиялық немесе медициналық қызметтер (диагностикалық зерттеулерді қоса).

1.48. **«Бізді», «біз», «біздің»** деген сөздерді қолданғанда Сақтандырушы көзделеді.

2. САҚТАНДЫРУ ОБЪЕКТИСІ

2.1. Сақтандыру объектісі Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келмейтін Сақтандырылған тұлғаның Сақтандырылған адамда ауыр сырқатты сақтандыру шартының қолданылу кезеңінде туындау қаупімен байланысты мүлктік мүдделері болып табылады.

3. САҚТАНДЫРУ СОМАСЫ

3.1. Сақтандыру сомасы (сақтандыру лимиті) - Сақтандыру шартында айқындалған ақшалай сома, оның шегінде Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асыруға міндеттенеді.

3.2. Сақтандыру сомасы таңдалған сақтандыру бағдарламасына сәйкес Сақтанушы мен Сақтандырушы арасындағы келісім бойынша әрбір Сақтанушы үшін жеке айқындалатын Сақтандыру шартының бүкіл қолданылу кезеңі үшін сақтандыру жағдайы немесе бірнеше сақтандыру жағдайлары басталған кезде Сақтандыру шарты бойынша Сақтандырушының жауапкершілігінің шекті көлемі болып табылады.

3.3. Сақтандыру сомасы Сақтандыру шартының талаптарына және таңдалған сақтандыру бағдарламасына сәйкес әрбір Сақтанушы үшін де, жалпы сақтанушы үшін де бүкіл Сақтандыру шарты бойынша, сондай-ақ қызметтердің жекелеген түрлері және/немесе Аурулар бойынша белгіленуі мүмкін.

3.4. Шарттың мерзімі ішінде тараптардың келісімі бойынша сақтандыру сомасы Сақтандыру шартына қосымша келісім жасасу жолымен өзгертілуі мүмкін.

4. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫ

4.1. Сақтандыру жағдайы -сақтандыру шартында көзделген жасалған оқиға, оның басталуымен Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүргізу міндеті туындайды. Осы Ережелерге сәйкес сақтандыру жағдайы сақтандыру шартының қолданылу мерзімі ішінде Сақтандырылған тұлғаның медициналық қызмет көрсетушілерге ауыр сырқаттың туындауына байланысты медициналық көмекті немесе сақтандыру Бағдарламасында көзделген қызметтерді алу үшін жүгінуі және сақтандырылған тұлғаның медициналық қызмет көрсету бойынша ішінара немесе толық өтемақыға жататын шығыстарының туындауы болып табылады

4.2. Сақтандырушы Сақтандырылған тұлғаның шығындарын таңдалған сақтандыру бағдарламасына сәйкес және сақтандыру шартының 3-бөлімінде көрсетілген шарттармен жабады.

5. САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЛАРЫНАН ЕРЕКШЕЛІКТЕР ЖӘНЕ САҚТАНДЫРУДЫ ШЕКТЕУ

5.1. Сақтандыру жағдайынан ерекшеліктер тізімі сақтандыру шартында көрсетілген және таңдалған сақтандыру бағдарламасына сәйкес айқындалады.

5.2. Медициналық қызметтерді алу үшін Сақтандырылған тұлғаның өтініші Сақтандыру жағдайы болып табылмайды:

- сақтандыру шартында көзделмеген жағдайда; ақтандыру
 - сақтандырушымен алдын ала келісусіз медициналық мекемелерге;
 - Сақтандырылған тұлға алкогольдік, есірткілік немесе уытты мас күйінде кез келген көлік құралын басқару кезінде жарақат алуына байланысты, сондай-ақ ол басқаруды алкогольдік, есірткілік немесе уытты мас күйінде болған адамға берген кезде;
 - Сақтандырылған тұлғаның өзіне қасақана дене жарақатын келтіруіне, өзіне-өзі қол жұмсау әрекеттеріне байланысты, сақтандырылған адамды үшінші тұлғалардың құқыққа қайшы әрекеттерімен осындай жағдайға жеткізген жағдайларды қоспағанда.
 - Сақтандыру кезеңі басталғанға дейін немесе күту кезеңінде туындаған ауруға байланысты
- 5.3. Сақтандырылған тұлғаның медициналық қызметтерге жүгінуі, оны алу қажеттілігі нәтижесінде туындаған Сақтандыру жағдайы деп танылмайды:
- ядролық жарылыстың, радиацияның немесе радиоактивті ластанудың әсері;
 - жаппай зақымдануға әкеп соққан өндірістік және өзге де объектілердегі авариялар;
 - әскери іс-қимылдарды, сондай-ақ маневрлерді немесе өзге де әскери іс-шараларды;
 - азаматтық соғыс, кез-келген түрдегі халықтық толқулар мен ереуілдер, әскери және азаматтық биліктің бұйрығымен төтенше немесе ерекше жағдай енгізу кезінде;
 - табиғи апаттар (су тасқыны, өрт, жер сілкінісі және басқа да табиғи апаттар).

6. САҚТАНДЫРЫЛҒАН ТҮЛҒАЛАР. МЕДИЦИНАЛЫҚ САУАЛНАМА.

- 6.1. Сақтандыру шартын жасасу кезінде жасы 65 (алпыс бес) жастан аспайтын тұлғалар Сақтандырылған тұлғалар бола алады.
- 6.2. Сақтандыру шартын жасасар алдында сақтандыруға жататын әрбір тұлға Сақтандырушыға Сақтандырушы белгілеген нысан бойынша сақтандыруға өтінішті толтыруға, қол қоюға және түпнұсқада беруге міндетті.
- 6.3. Сақтандырушы өз қалауы бойынша Сақтандырылған тұлғадан медициналық тексеруден өтуді сұратуға құқылы
- 6.4. Медициналық сауалнама нәтижелері бойынша сақтандырушы өз қалауы бойынша сақтандырылған адамнан медициналық тексеруден өтуді сұратуға құқылы. Медициналық тексерудің көлемі Сақтандырушының қалауы бойынша анықталады.
- 6.5. Медициналық тексерудің нәтижелері сақтандырушыға сақтандыру кезеңі басталған күннен бастап 3 айдан кешіктірілмей беріледі.
- 6.6. Сақтандырылған тұлға медициналық тексеруден өткені туралы мәліметтерді ұсынбаған жағдайда сақтандырушы осындай Сақтандырылған тұлғаға қатысты сақтандыру шартын бұзуға құқылы. Бұл ретте сақтандыру сыйлықақысы Сақтанушы төлеген сақтандыру сыйлықақысының немесе сақтандыру жарналарының 35% (отыз бес пайыз) мөлшерінде сақтандырушының әкімшілік шығыстарын шегергенде сақтанушыға қайтарылуға жатады.
- 6.7. Медициналық тексеруден өтуге байланысты шығыстар сақтандыруға жататын тұлғаның шығыстары болып табылады және кейіннен Сақтандырушының өтеуіне жатпайды.
- 6.8. Сақтандырылған тұлға медициналық сауалнама жүргізу кезінде өзі хабарлаған мәліметтердің дұрыстығы мен толықтығы үшін жауапты болады.
- 6.9. Сақтандырушының Сақтандырылған тұлға көрсеткен деректердің дұрыстығын тексеруге құқығы бар. Егер Сақтандырылушының өзі туралы сақтандыру тәуекелінің дәрежесін бағалау үшін елеулі маңызы бар жалған деректерді хабарлағаны анықталған жағдайда, Сақтандырушы сақтандыру сыйлықақысын қосымша төлеуді не Сақтанушыға сақтандыру шартын жасасудан бас тартуды ұсынуы мүмкін.

7. САҚТАНДЫРУ СЫЙЛЫҚАҚЫСЫ

- 7.1. Сақтандыру сыйлықақысы -Сақтанушы сақтандыру шартында белгіленген тәртіппен және мерзімдерде Сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандыру төлемін жүзеге асыруға өзіне қабылдаған міндеттемесі үшін Сақтандырушыға төлеуге міндетті сақтандыру төлемі.
- 7.2. Сақтандыру сыйлықақысы -сақтандыру сыйлықақысын бөліп төлеу кезінде -Сақтанушы төлейтін сақтандыру сыйлықақысының бір бөлігі.

- 7.3. Сақтандыру шарты бойынша сақтандыру сыйлықақысының мөлшері Сақтанушы таңдаған сақтандыру бағдарламаларына, сақтандыру сомасының шамасына және сақтандыру мерзіміне байланысты және еуро (EUR) белгіленеді, бұл ретте сақтандыру сыйлықақысын төлеуді сақтанушы Қазақстан Республикасының Ұлттық Банкі сақтандыру сыйлықақысын немесе сақтандыру жарнасын төлеу күніне белгілеген бағам бойынша қазақстандық теңгемен (KZT) төлейді.
- 7.4. Сақтандыру сыйлықақысын Сақтанушы сақтандыру шартын жасасу кезінде немесе бөліп төлеу кезінде (сақтандыру жарналарын төлеу) бүкіл сақтандыру мерзімі үшін біржолғы төлеммен төлейді. Сақтандыру сыйлықақысын төлеу тәртібі сақтандыру шартында айқындалады.
- 7.5. Сақтандыру сыйлықақысын Сақтанушы немесе оның тапсырмасы бойынша өзге тұлға мына түрде:
 - қолма-қол ақшасыз есеп айырысулар;
 - Сақтандырушының кассасына қолма-қол ақша енгізу немесе оларды Сақтандырушының уәкілетті өкіліне беру;
 - тараптардың келісімі бойынша Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында тыйым салынбаған өзге тәсілмен.

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

- 8.1. Сақтандыру шарты Қазақстан Республикасының аумағында және сақтандыру бағдарламасында айқындалған басқа да елдерде қолданысы бар 1 (бір) күнтізбелік жыл мерзімге жасалады.
- 8.2. Сақтандыру шарты жазбаша нысанда жасалуға және Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасында көзделген мәміленің жарамдылығының жалпы талаптарына жауап беруге тиіс.
- 8.3. Ережеде қамтылған және сақтандыру шартының мәтініне енгізілмеген шарттар, егер сақтандыру шартында осындай Ереженің қолданылуы тікелей көрсетілсе және/немесе Ереженің өзі шартпен бір құжатта баяндалса не оған қоса берілсе, Сақтанушы (Сақтандырылушы) үшін міндетті болады.
- 8.4. Сақтандыру шартын жасасу кезінде сақтанушы мен сақтандырушы Ережелердің жекелеген ережелерін өзгерту немесе алып тастау туралы және Қазақстан Республикасының заңнамалық және нормативтік құқықтық актілерінде белгіленген шектерде ережелерді толықтыру туралы уағдаласа алады.
- 8.5. Біреуден артық Сақтандырылған тұлға болған кезде Сақтанушы Сақтандырушы белгілеген нысан бойынша Сақтандырылған тұлғалардың тізімін жасайды, ол сақтандыру шартына қоса беріледі және оның ажырамас бөлігі болып табылады. Сақтанушы-заңды тұлға Сақтандырылған тұлғалардың тізімін ұсынады:
 - Тегі, Аты, Әкесінің аты;
 - туған күні, жынысы;
 - жеке сәйкестендіру нөмірлері;
 - үй мекенжайлары мен телефондары;
 - Сақтандырылған тұлғаның жеке басын куәландыратын құжат (төлқұжат, жеке куәлік, туу туралы куәлік немесе тұруға ықтиярхат) туралы деректер;
- 8.6. Сақтандырылған адамды Сақтандырушының келісімімен Сақтанушы алмастыра алады. Сақтандырушы аталған өзгерістерді алған сәтке дейін жасалған шарт бұрын ұсынылған тізімдерде көрсетілген Сақтандырылған тұлғаларға қатысты күшін сақтайды.
- 8.7. Сақтандыру шарты, егер онда өзгеше жағдай көзделмесе, сақтандыру сыйлықақысын немесе оның алғашқы сақтандыру жарнасын төлеу сәтінде күшіне енеді және шартта белгіленген сақтандыру мерзімі аяқталғанға дейін қолданылады.
- 8.8. Сақтандыру шартында келісілген сақтандыру, егер онда өзгеше жағдай көзделмесе, сақтандыру бағдарламасында айқындалған күту кезеңі өткеннен кейін сақтандыру шартында көрсетілген мерзімдерде орын алған сақтандыру жағдайларына өз күшін таратады.
- 8.9. Сақтандыру шарты келесі жағдайларда тоқтатылады:
 - а) оның жарамдылық мерзімі өтсе;
 - б) Сақтандырушының сақтандыру шарты бойынша өз міндеттемелерін толық көлемде орындауы (медициналық қызметтердің құнын сақтандыру сомасы мөлшерінде төлеу);
 - в) егер сақтандыру шарты бойынша бір ғана адам сақтандырылған болса, Сақтандырылушының қайтыс болуы. Егер Сақтанушы – жеке тұлға жасасқан сақтандыру шарты бойынша басқа жеке тұлғалар да Сақтандырылған тұлғалар болып табылған жағдайда, онда Сақтанушы қайтыс болған жағдайда

Сақтандырылған тұлға сақтандыру шарты бойынша Сақтанушының міндеттерін өзіне қабылдай алады;

г) соттың сақтандыру шартын жарамсыз деп тану туралы шешім қабылдауы;

д) тараптардың келісімі бойынша шартты бұзу;

е) Сақтанушының бастамасы бойынша сақтандыру шартын бұзу;

ж) Сақтандырушының бастамасы бойынша сақтандыру шартын бұзған жағдайларда:

- Сақтанушының сақтандыру сыйлықақысын (оның кезекті сақтандыру жарнасын) белгіленген мерзімде төлемей;

- медициналық қызметтер құнының ұлғаюы туралы хабарланған Сақтанушының Шарт талаптарының өзгеруінен немесе Сақтандырушының талабы бойынша сақтандыру сыйлықақысын қосымша төлеуден бас тартуы;

- сақтандыру шарты бойынша Медициналық қызметтерді алу мақсатында Сақтандырылған тұлғаның медициналық пластикалық карточканы басқа тұлғаға беру фактісін анықтау;
 - заңнамада көзделген өзге де жағдайларда.
- 8.10. Сақтандыру шарты мерзімінен бұрын тоқтатылған жағдайда өтпеген мерзім үшін сақтандыру сыйлықақысын (сақтандыру жарналарын) қайтару, егер шартта өзгеше жағдай көзделмесе, мұндай шарт бойынша сақтандыру төлемдері болмаған жағдайда ғана жүргізіледі. Сақтандыру сыйлықақысын қайтару сақтандыру шарты бойынша нақты түскен сақтандыру сыйлықақысының (сақтандыру жарналарының) сомасы негізге алына отырып жүргізіледі; сақтандырудың өтелмеген кезеңіне барабар, ол үшін сақтандыру сыйлықақысы (сақтандыру жарнасы) істі жүргізуге арналған шығыстарды шегергенде төленеді.
- 8.11. Осы Ережелерде көрсетілген негіздер бойынша сақтандыру шартын мерзімінен бұрын тоқтату ниеті туралы тараптар бір-бірін жазбаша хабардар етуге міндетті. Бұл ретте сақтандыру шарты екінші Тарапқа сақтандыру шартын тоқтату туралы хабарлама жіберілген сәттен бастап күнтізбелік 30 күн өткен соң бұзылды деп есептеледі.

9. ТАРАПТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ

9.1. Сақтанушының (Сақтандырылған

тұлғаның) құқықтары:

- 9.1.1. Сақтандыру ережелері, сақтандыру шартының талаптары және сақтандыру Бағдарламалары туралы, сондай-ақ Медициналық қызмет көрсету тәртібі және уәкілетті медициналық қызмет көрсетушілер туралы түсініктемелер алу;
- 9.1.2. Сақтандыру шартында және тиісті сақтандыру Бағдарламасында көзделген, сақтандырушы төлеген Медициналық қызмет көрсетуді немесе сақтандыру шартына және тиісті сақтандыру бағдарламасына сәйкес алынған медициналық қызмет көрсету шығындарын өтеуін алу;
- 9.1.3. Ауырған жағдайда Медициналық қызмет көрсетуді ұйымдастыру үшін Сақтандырушыға хабарласу;
- 9.1.4. Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуына сотқа шағымдану;
- 9.1.5. Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен Шартты мерзімінен бұрын бұзу;
- 9.1.6. Сақтандыру шарты талаптарының орындалуын бақылауды жүзеге асыру;
- 9.1.7. Қазақстан Республикасының заңнамасында және сақтандыру Ережелерінде көзделген өзге де құқықтарды жүзеге асыру.

9.2. Сақтанушы (Сақтандырылған тұлға) міндетті:

- 9.2.1. Шарт жасасу кезінде Сақтандырушыға сақтандыру тәуекелін бағалау және сақтандырушының сұрау салуына (сауалнамасына) сәйкес сақтандыру шартын жасасу туралы Сақтандырушының шешім қабылдауы үшін өзіне белгілі барлық мән-жайлар туралы хабарлау.
- 9.2.2. Шартта белгіленген мөлшерде, тәртіппен және мерзімде сақтандыру сыйлықақыларын төлеу;
- 9.2.3. осы Ережелердің I бөлімі; сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандырушыға 9.1-тармақта көзделген тәртіппен хабарлау қажет.
- 9.2.4. Шарттың талаптарын, ауруды емдеу барысында алынған емдеуші дәрігердің тағайындауы мен нұсқамаларын, сондай-ақ ауруханаға жатқызылған жағдайда стационардың режимі мен тәртібін сақтау. Бұл талапты орындамау осындай тағайындаулар мен нұсқамалардың, режим мен тәртіптің дәлелденген бұзылуының салдары болып табылатын сақтандыру жағдайлары бойынша Сақтандыру төлемінен бас тартуға негіз бола алады;
- 9.2.5. сақтандырылушылар есептен шығарылған кезде Сақтандырушыны сақтандырудың тоқтатылғаны туралы хабардар ету
- 9.2.6. Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының себептерін, барысы мен салдарын, келтірілген залалдың сипаты мен мөлшерін бағалауға мүмкіндік беретін барлық қолда бар ақпарат пен құжаттарды ұсыну.
- 9.2.7. сақтандыру жағдайынан болатын шығындарды болдырмау немесе азайту үшін барлық мүмкін және орынды шараларды қабылдау.

9.3. Сақтандырушының құқықтары:

- 9.3.1. Сақтанушы (Сақтандырылған тұлға) хабарлаған ақпаратты, сондай-ақ сақтанушының (сақтандырылған адамның) осы Шарттың талаптары мен шарттарын орындауын тексеру;
- 9.3.2. Сақтандырылған тұлға туралы медициналық тарихты және кез келген басқа медициналық

мәліметтерді, соның ішінде Сақтандырылған тұлғаның денсаулық жағдайы туралы ақпаратты сұрау;

- 9.3.3. сақтандыру жағдайы фактісі бойынша тиісті медициналық қызмет көрсетушілерге және өзге де құзыретті ұйымдарға сұрау салулар жіберу;
- 9.3.4. сақтандыру жағдайының белгілері бар оқиғаның себептері мен мән-жайларын өз бетінше анықтау;
- 9.3.5. Сақтандырылушыдан денсаулық жағдайы туралы Сақтандырушының сауалнамасын толтыруды және/немесе нақты денсаулық жағдайын бағалау үшін медициналық тексеруден өтуді талап ету (Сақтанушының есебінен). Сауалнамада дұрыс емес ақпарат берілгені немесе Сақтандырылушының медициналық тексеруден өтуден бас тартқаны анықталған жағдайда Сақтандырушының мұндай Сақтандырылушыға қатысты сақтандыру өтемінің қолданылуын тоқтатуға немесе шектеуге құқығы бар;
- 9.3.6. Сақтанушыдан (Сақтандырылған тұлғадан) сақтандыру жағдайының фактісін, оның туындау мәнжайын анықтау, сондайақ өтелетін шығыстарды растау үшін тәуелсіз медициналық сараптамадан (Сақтандырушының есебінен) өту үшін қажетті ақпарат пен құжаттарды талап етуге;
- 9.3.7. егер Сақтандырылған тұлға Медициналық қызмет алғанын растайтын құжаттарды ұсынбаса, медициналық сараптамадан өтуден бас тартса немесе басқа жағдайларда негізсіз талаптар қойылса, сақтандыру төлемінен бас тарту;
- 9.3.8. осы Шарт бұзылған кезде-сақтандыру қолданылған уақытқа пропорционалды сақтандыру сыйлықақысының бір бөлігіне, оған қоса әкімшілік шығыстарға арналған шығыстарды өтеу есебіне сақтандыру сыйлықақысының жалпы сомасының 25% - ы;
- 9.3.9. егер осы Шартқа қол қойылғаннан кейін сақтандыру тәуекелінде елеулі өзгерістер болған жағдайда, осы Шарттың талаптарына өзгерістер енгізуді немесе тәуекелдің ұлғаюына сәйкес қосымша сақтандыру сыйлықақысын төлеуді талап ету

9.4. Сақтандырушы міндетті:

- 9.4.1. Сақтанушыны (Сақтандырылған тұлғаны) сақтандыру Ережелерімен таныстыру;
 - 9.4.2. сақтандыру жағдайы басталған кезде осы Шартта белгіленген мөлшерде, тәртіппен және мерзімдерде сақтандыру төлемін жүргізу;
 - 9.4.3. Сақтанушыға (Сақтандырылған тұлғаға) сақтандыру жағдайы кезінде шығындарды азайту үшін жұмсаған шығыстарын өтеу;
 - 9.4.4. сақтандыру құпиясын қамтамасыз ету.
 - 9.4.5. Сақтандырылғандарды сақтандыру аумағында сақтандыру қорғанысымен қамтамасыз ету;
 - 9.4.6. Сақтанушының жазбаша сұрау салуы бойынша, сұрау салуды алғаннан кейін 10 (он) жұмыс күні ішінде Шарттың қолданысы басталғаннан бастап сұрау салу күніне дейінгі кезеңде болған сақтандыру жағдайлары туралы есепті ұсынуға міндетті.
 - 9.4.7. медициналық жеткізушілердің жұмыс режимін ескере отырып, Сақтандырылушыға Шартта және тиісті сақтандыру бағдарламасында көзделген Медициналық қызмет көрсетуді ұсынуды ұйымдастыру
- 9.5. Тараптар сақтандыру қағидаларында және Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасының ережелерінде көзделген өзге де құқықтарды пайдалануға және өзге де міндеттерді орындауға құқылы.

10. САҚТАНДЫРЫЛҒАН ТҮЛҒАНЫҢ САҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫ БАСТАЛҒАН КЕЗДЕГІ ІС-ӘРЕКЕТТЕРІ

- 10.1. Сақтандыру жағдайы (ауруы) туындаған кезде Сақтанушы Сақтандырушыға телефон сақтандыру сертификатында көрсетілген Сақтандырушының CALL-орталығына қоңырау шалу арқылы медициналық қызмет көрсету ұйымы хабарласуы керек.
- 10.2. Сақтандырушыға хабарланған сақтандырылушының (сақтандыру жағдайының) ауруына байланысты дәрігер тағайындаған медициналық қызмет сақтандыру шартының және сақтандырылушының тиісті сақтандыру бағдарламасының талаптарына сәйкес осындай қызметтер сақтандыру өтеміне енгізілген жағдайда сақтандыру жағдайы болып саналады. Медициналық қызмет көрсетуді уәкілетті медициналық қызмет көрсетушілерден алған жағдайда Сақтандырушы Медициналық қызмет көрсету құнын тікелей осындай өнім берушіге төлейді. Қалған жағдайларда сақтандырушы Сақтанушының (Сақтандырылушының) Сақтандырылушының (сақтандыру төлемдерінің) шығындарын өтеуге өтініші негізінде сақтандыру жағдайының басталғанын растайтын құжаттарды ұсынған кезде сақтандыру шартының талаптарына сәйкес сақтандырылушының медициналық

қызмет алуға жұмсаған шығындарының сомасын өтейді.

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

11.1. Сақтандыру жағдайының басталғанын және сақтандыру төлемінің мөлшерін растайтын құжаттар:

- 1) дәрігердің және медициналық мекеменің жеке мөрімен расталған сақтандырылушының (амбулаториялық немесе стационарлық емнің) ауру тарихынан үзінді көшірмелер;
 - 2) емдеуші дәрігерлердің медициналық қорытындыларының көшірмелері, рецептілік бланкілердің көшірмелері, стоматологиялық тапсырыстар-нарядтар, рентгенологтардың қорытындыларының көшірмелері және медициналық қызметтерді алғанын растайтын басқа да құжаттар;
 - 3) әрбір медициналық препараттың атауын, рәсімдерді, дәрігерлердің консультацияларын, олардың саны мен құнын көрсете отырып, фискалдық чектер мен тауарлық чектердің (шот-фактуралардың, төлем туралы түбіртектердің) түпнұсқалары.
 - 4) сақтандырылушының медициналық қызмет алуға жұмсаған шығындарының орнын толтыру үшін сақтанушының (сақтандырылушының) өтініші. 1-3 жоғары. т.-да көрсетілген құжаттарды қоса бере отырып, Жоғарыда көрсетілген құжаттарды ұсынғаны, олардың толықтығы мен түпнұсқалығы үшін сақтанушы жауапты болады. Барлық аталған құжаттарды Сақтанушы/Сақтанушы сақтандыру жағдайы басталғаннан кейін 24 (жиырма төрт) жұмыс күнінен кешіктірмей ұсынады. Құжаттар жоғарыда көрсетілген мерзімнен кеш ұсынылған жағдайда сақтандырушы шығыстарды өтеуден бас тартуға құқылы.
- 11.2. Сақтандырушы сақтандыру оқиғасының басталу фактісін және сақтандыру төлемінің мөлшерін анықтау үшін Сақтанушыдан және/немесе Медициналық қызмет көрсетушіден басқа құжаттарды, материалдар мен ақпаратты сұратуға құқылы. Барлық осындай құжаттар мен ақпарат Сақтандырушыға тегін ұсынылуы тиіс. Қосымша құжаттарды, сондай-ақ 11.2-тармаққа сәйкес жетіспейтін құжаттарды сақтандырушы медициналық қызмет көрсетушіден шот немесе сақтанушыдан өтініш алғаннан кейін 15 (он бес) жұмыс күні ішінде сұратуы тиіс.
- 11.3. Сақтандыру жағдайлары бойынша өтемді не Сақтанушының өзі, жеке куәлігін көрсетуі бойынша не сақтандырылушыдан сенімхат көрсетуі бойынша оның уәкілетті тұлғасы жеке куәлігінің көшірмесін қоса бере отырып ала алады. Егер мұндай уәкілетті тұлға өтемақы алатын Сақтандырылушының отбасы мүшесі болып табылмаса, Сақтандырылушыдан сенімхат нотариалды куәландырылуға тиіс.

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

- 12.1. Сақтандыру төлемі бойынша пайда алушы сақтандырылған және / немесе медициналық қызмет көрсетуші болып табылады
- 12.2. Сақтандыру төлемінің мөлшері сақтанушының сақтандыру жағдайына байланысты алған Медициналық қызмет көрсету құнына тең және тармақта көрсетілген құжаттар негізінде белгіленеді
 - 11.1 Сақтандыру төлемін жүзеге асыру немесе оны жүзеге асырудан бас тарту туралы шешім сақтандырушы осы Ережелердің 11.1 және 11.2-тармақтарында көрсетілген барлық қажетті құжаттарды алған сәттен бастап 10 (он) жұмыс күні ішінде қабылданады.
- 12.3. Сақтандырушының өз есебінен сақтандырылушыға тағайындалған Медициналық қызмет көрсету көлемі мен сапасына сараптама жүргізуге және Сақтандырылушының денсаулық жағдайын және тағайындалған емнің дұрыстығын анықтау үшін қосымша медициналық тексеруді тағайындауға құқығы бар. Мұндай сараптаманың немесе қосымша медициналық тексерудің нәтижелері Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асыру немесе сақтандыру төлемінен бас тарту туралы шешіміне негіз бола алады.
- 12.4. Сақтандыру төлемі сақтандырылушының сақтандыру жағдайына байланысты алған тиісті медициналық қызмет құнын төлеу, тікелей уәкілетті медициналық қызмет көрсетушілерге немесе сақтандырылушының сақтандыру жағдайына байланысты алған Медициналық қызметке жұмсаған шығындарын өтеу жолымен жүзеге асырылады. Сақтандыру төлемі қолма-қол ақшамен де, қолма-қол ақшасыз нысанда да жүргізілуі мүмкін.
- 12.5. Сақтандырылушының немесе Сақтандырылушының пайдасына жүзеге асырылған жасалған Шарттың бүкіл қолданылу кезеңі ішінде Медициналық қызмет көрсетудің жекелеген түрлері бойынша сақтандыру төлемдерінің және/немесе сақтандыру төлемдерінің жалпы сомасы

сақтандырылушының сақтандыру бағдарламасында белгіленген жалпы сақтандыру сомасынан және/немесе медициналық қызмет көрсетудің тиісті түрлері бойынша сақтандыру сомасынан аспауға тиіс. Егер сақтандырылушының сақтандыру бағдарламасында белгіленген жалпы сақтандыру сомасы таусылған жағдайда, Сақтандырушының сақтандыру шарты бойынша осындай Сақтандырылушыға қатысты міндеттемелері тоқтатылады. Егер Медициналық қызмет көрсетудің тиісті түрі бойынша сақтандыру сомасы таусылған жағдайда, Сақтандырушы медициналық қызмет көрсетудің осы түрі бойынша сақтандыру төлемдерін жүзеге асыруды тоқтатады.

12.6. Егер сақтандыру жағдайы салдарынан болған болса, Сақтандырушы Сақтанушыға сақтандыру төлемін төлеуден бас тартуға құқылы:

- 1) соғыс; шапқыншылықтар; шет мемлекеттің дұшпандық әрекеттері; әскери немесе соған ұқсас операциялар (соғыс жарияланғанына немесе жарияланбағанына қарамастан) немесе азаматтық соғыс;
- 2) көтеріліс; ереуілдер; локауттар; халық көтерілісіне дейін өсетін немесе кеңейетін азаматтық тәртіпсіздіктер; бүлік; азаматтық толқулар; әскери көтеріліс; революция; билікті әскери басып алу немесе басып алу; тәркілеу; мүлікті реквизициялау немесе мемлекет меншігіне алу; терроризм актілері;
- 3) Радиоактивті сәулелену немесе атом отынын жағудан радиоактивті отынмен немесе радиоактивті қалдықтармен ластану.

12.7. Сақтандырушының сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуы үшін негіз болып табылады:

- 1) Сақтанушының (Сақтандырылушының) Сақтандырушыға сақтандыру объектісі, сақтандыру тәуекелі, сақтандыру жағдайы және оның салдары туралы көрінеу жалған мәліметтерді хабарлауы;
- 2) Сақтанушының (Сақтандырылушының) сақтандыру жағдайының басталуына бағытталған қасақана әрекеттері;
- 3) Сақтанушының (Сақтандырылушының) Сақтандырушыға сақтандыру жағдайының басталу мән-жайларын тергеп-тексеруге және ол келтірген залалдың мөлшерін белгілеуге кедергі келтіруі;
- 4) сақтандыру жағдайының белгілері бар және/немесе оның салдары сақтандыру жағдайының басталуы болуы мүмкін оқиғаның басталғаны туралы белгіленген мерзімде хабарламау;
- 5) Сақтанушының емдеуші дәрігердің тағайындаулары мен нұсқамаларын орындамағаны немесе емдеуші дәрігер анықтаған аурухана немесе амбулаториялық режимді бұзғаны дәлелденген кезде.
- 6) Сақтандырылушының сақтандыру мерзімі басталғанға дейін/сақтандыру мерзімі аяқталғаннан кейін пайда болған ауру және оның салдары бойынша Медициналық қызметке жүгінуі;
- 7) Сақтандырылушының осы Ережелерге сәйкес сақтандыру жағдайынан ерекшелік болып табылатын Ауруларға байланысты немесе сақтандыру жағдайы басталған кезде сақтандырылушының іс-қимыл тәртібін бұзған кезде жүгінуі;
- 8) референттік зерттеулер, яғни Сақтандырылушының бір сақтандыру жағдайы (ауруы) және бір қызмет түрі бойынша екіден астам әртүрлі медициналық қызмет көрсетушілерге жүгіну жағдайлары.

12.8. Сақтандырушы сақтандыру төлемін жасамайды:

- 1) Сақтанушының (Сақтандырылушының) жанама коммерциялық шығындары, тұрақсыздық айыбы, жоғалған пайда;
- 2) моральдық зиян;
- 3) егер сақтандыру шартында өзгеше жағдай белгіленбесе, сот шығындары.

12.9. Сақтандырылушының тиісті сақтандыру сомасынан асатын сомаға және Сақтандырылушының сақтандыру бағдарламасына сәйкес медициналық қызмет көрсетудің тиісті түрлері бойынша Медициналық қызмет алған жағдайда Сақтанушы (Сақтандырылушы) төлем туралы талап алынған күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде сақтандырушыға айырманы өтеуге міндетті. Егер өтем жоғарыда көрсетілген мерзім ішінде алынбаған жағдайда, Сақтандырушы өтеу жүзеге асырылғанға дейін осындай Сақтандырылушыға қатысты Медициналық қызмет көрсетуді ұйымдастыруды және сақтандыру төлемдерін жүзеге асыруды тоқтата тұруға құқылы.

12.10. Сақтанушыға (Сақтандырылушыға) қатысты не Сақтандырылушыны сақтандыру бағдарламасында көзделмеген сақтандыру қорғауының қолданылуы тоқтатылғаннан кейін және күту кезеңінде Медициналық қызмет алынған жағдайда, Сақтанушы аталған шығыстарды Сақтандырушыға төлем туралы талап алынған күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде өтеуге міндетті.

13. ДАУЛАРДЫ ШЕШУ ТӘРТІБІ

13.1. Шарт бойынша Сақтандырушы мен Сақтанушы арасындағы барлық даулар келіссөздер арқылы

шешіледі. Келісімге қол жеткізілмеген кезде дау Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасында белгіленген тәртіппен соттың қарауына беріледі.

14. ҚОСЫМША ШАРТТАР

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

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

