

«УТВЕРЖДЕНЫ»

**Решением Совета директоров
АО «СК «Аманат»
Протокол №б/н от «05» октября 2020 года**



ПРАВИЛА МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

г. Алматы, 2020 год

СОДЕРЖАНИЕ:

№	Название Раздела	№ страниц
1	Общие положения	3 - 5
2	Объект страхования	5
3	Перечень страховых случаев	5
4	Исключения из страховых случаев и ограничение страхования	5 -9
5	Порядок заключения Договора страхования	10 - 11
6	Страховая премия. Франшиза	11
7	Порядок определения страховой суммы	12
8	Срок и место действия договора страхования	12
9	Территория страхования	12-13
10	Права и обязанности сторон	13 - 14
11	Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая	14 - 16
12	Порядок и условия осуществления страховой выплаты	16
13	Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер расходов	17 - 18
14	Срок уведомления страхователя или застрахованного о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты	18
15	Условия прекращения договора страхования	18 - 19
16	Порядок разрешения споров	19
17	Особые условия	19 - 20

1. Общие положения

1-1. Основные положения

1. Настоящие Правила регламентируют условия, на которых Акционерное общество «Страховая компания «Amanat» (далее - Страховщик) заключает договоры международного медицинского страхования (далее – договор страхования) в электронной и (или) бумажной форме.

2. Настоящие Правила разработаны в рамках класса страхования на случай болезни в добровольной форме.

3. **Применяемые понятия, термины и сокращения:**

1) **Страхователь** – дееспособное физическое лицо независимо от гражданства или юридическое лицо независимо от резидентства и формы собственности, заключившее договор страхования со Страховщиком и оплатившее страховую премию.

2) **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Застрахованными могут быть граждане Республики Казахстан, иностранные граждане, постоянно проживающие (на основании вида на жительство) или временно находящиеся на территории Республики Казахстан, выезжающие в поездку в любую страну, за исключением страны постоянного проживания и гражданства, если эти страны различаются, а также с целью получения постоянного места жительства или проживания на условиях постоянного места жительства/разрешения на проживание.

Застрахованными могут быть лица, возраст которых на дату окончания срока действия Договора страхования составляет не более 80 лет.

Лица, возраст которых на дату окончания Договора страхования составляет от 0 до 2 лет или от 65 до 80 лет, могут быть застрахованы при условии уплаты страховой премии в соответствии с повышающими возрастными коэффициентами.

3) **Выгодоприобретатель** - лицо, которое в соответствии с договором страхования является получателем страховой выплаты.

4) **Внезапное заболевание** – непредвиденное изменение состояния здоровья Застрахованного (болезни, травмы и т.п.), клинически проявляющееся поражением органов и(или) систем, создающее угрозу для жизни и требующее неотложной медицинской помощи.

5) **Возвращение несовершеннолетних детей застрахованного** – в случае болезни, несчастного случая или смерти Застрахованного, организация Сервисной компанией выезда несовершеннолетних детей умершего в Республику Казахстан или страну, в которой постоянно проживают дети.

6) **Медицинские расходы** – неизбежные, необходимые финансовые затраты, возникающие за пределами страны проживания (гражданства) застрахованного в связи с получением медицинской экстренной помощи предписанной квалифицированным практикующим врачом, которая не может быть отложена до возвращения застрахованного в страну его проживания (гражданства).

7) **Медицинская транспортировка** - перемещение Застрахованного в медицинское учреждение на территории страхования по рекомендации работников Сервисной компании, связанное с резким ухудшением состояния здоровья Застрахованного и необходимостью оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических и(или) стационарных условиях. Если медицинская транспортировка возможна несколькими способами, то предпочтение отдается способу транспортировки с минимальной стоимостью.

8) **Медицинское учреждение** – специализированное учреждение и/или частная врачебная практика, зарегистрированное и работающее на территории страхования и имеющее соответственное разрешение/лицензию на врачебную практику.

- 9) **Несчастный случай** - наступившее вопреки воле человека внезапное, кратковременное событие (происшествие) повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на организм застрахованного.
- 10) **Репатриация** - организация Сервисной компанией транспортировки тела умершего застрахованного до ближайшего к месту захоронения международного аэропорта в Республике Казахстан либо в международный аэропорт страны гражданства/постоянного проживания. В случае возникновения спорной ситуации, Страховщик произведет репатриацию в страну гражданства Застрахованного.
- 11) **Страховщик** – Акционерное общество «Страховая компания «Аманат».
- 12) **Страховой случай** - событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, произошедшее в период действия страховой защиты, с наступлением которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты.
- 13) **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Выгодоприобретателю в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая.
- 14) **Страховая премия** - сумма денег, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Страхователю (Выгодоприобретателю).
- 15) **Страховая сумма** - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая. Размер страховой суммы указывается в Договоре страхования.
- 16) **Сервисная компания** - юридическое лицо, которое на основании договора со Страховщиком принимает на себя обязательство осуществлять организацию, координацию и контроль предоставления Застрахованным услуг, предусмотренных Договором страхования, на территории страхования при наступлении страхового случая. Наименование и контакты Сервисной компании указаны в Договоре страхования.
- 17) **Территория страхования** - страна или иная конкретно обозначенная территория, указанная в Договоре страхования. Территорией страхования не может быть территория Республики Казахстан, территория страны гражданства и территория страны постоянного проживания Застрахованного.
- 18) **Безусловная франшиза** - предусмотренное условиями Договора страхования освобождение Страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенного размера. При этом ущерб во всех случаях возмещается за вычетом установленной суммы.
- 19) **Спорт** – комплексы физических упражнений для развития и укрепления организма, соревнования по таким упражнениям и комплексам, а также система организации и проведения этих соревнований.
- 20) **Активный отдых** - способ проведения свободного времени, в процессе которого отдыхающий занимается активными видами деятельности, требующими активной физической работы организма, работы мышц всего тела. Для целей настоящих Правил к активному отдыху относятся следующие виды деятельности Застрахованного: развлечения на воде, авто-, мотогонки, поездки на лошадях и других животных, велосипедные прогулки, трекинг, катание на горных и беговых лыжах, коньках, роликах, рафтинг, серфинг, виндсерфинг, катание на катерах и яхтах, сноубординг, дайвинг, скейтбординг, кайтинг, каякинг, парашютный спорт, спуск в пещеры, самостоятельный (спортивный) туризм, военный туризм, маунтинбайк, пляжный волейбол, теннис, гольф, бег трусцой, рыбалка, охота, паркур, диггерство, тарзанка и другие виды активного отдыха, в том числе с использованием водных мотоциклов, мотобайков, водных лыж, буксируемых надувных средств и парашютов, мопедов, мотоциклов, мотороллеров, квадроциклов, скутеров, снегоходов, велосипедов всех типов и других видов, по мнению Страховщика, увеличивающих риск наступления страхового случая.

21) **Эвакуация** - организация Сервисной компанией выезда Застрахованного с территории страхования в Республику Казахстан либо в страну его гражданства/постоянного проживания, в случае если Застрахованный на основании предписания квалифицированных работников Сервисной компании (в связи с резким ухудшением состояния здоровья) был вынужден вернуться досрочно и не смог воспользоваться обратным билетом.

22) **Экстренная помощь** – неотложная медицинская помощь, которая должна быть оказана немедленно, а именно, в течение одних суток после возникновения случая, и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечет за собой развитие тяжелых необратимых состояний организма, вплоть до летального исхода.

23) **Covid-19** - острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV), способная поражать легочную систему и вызывать прогрессирующие заболевания нижних дыхательных путей.

2. Объект страхования

4. Имущественные интересы Страхователя/Застрахованного, связанные с причинением вреда жизни и здоровью Застрахованного в результате несчастного случая и (или) внезапного заболевания, произошедшего в период действия Договора страхования на территории страхования.

3. Перечень страховых случаев

5. Страховым случаем по Договору страхования является событие, произошедшее в период действия страховой защиты и на территории действия страховой защиты.

6. Согласно настоящим Правилам, страховым случаем является фактически произошедшее, внезапное, непредвиденное и непреднамеренное событие, в результате которого был причинен вред жизни и/или здоровью застрахованного и дальнейшее необходимое:

1) обращение Страхователя (Застрахованного) за экстренной медицинской помощью и медицинскими услугами, которые должны быть оказаны по причине наступления внезапного острого заболевания, угрожающего жизни, или последствий несчастного случая, которые подтверждены инструментальными или лабораторными методами исследования и установленными врачом объективными симптомами.

Внезапным заболеванием считается болезнь, возникшая неожиданно во время действия Договора страхования на территории страхования и требующая неотложного медицинского вмешательства.

2) обращение Страхователя (Застрахованного) в установленном настоящими Правилами порядке за организацией медико-транспортных услуг;

3) обращение Страхователя, представителя Застрахованного в установленном настоящими Правилами порядке за организацией репатриации тела Застрахованного, умершего в результате острого внезапного заболевания или несчастного случая в течение срока страхования на территории страхования;

4) обращение Страхователя, представителя Застрахованного в установленном настоящими Правилами порядке за организацией возвращения несовершеннолетних детей Застрахованного в случае болезни, несчастного случая или смерти Застрахованного.

4. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования

7. Согласно настоящим Правилам Договор страхования не заключается, а заключенный Договор страхования признается недействительным по основанию, указанному в пп. 2) п.1 ст. 843 ГК РК, в отношении следующих лиц:

1) достигших 81 года;

2) имеющих медицинские противопоказания для осуществления зарубежной поездки.

7.1. Согласно настоящим Правилам, в случаях заключения Договора страхования после выезда Застрахованного за границу Республики Казахстан, такой Договор страхования признается недействительным по основанию, указанному в пп. 2) п.1 ст. 843 ГК РК, и наступают последствия, предусмотренные ст.844 ГК РК, а именно: Страховщик возвращает Страхователю полученную от него страховую премию по Договору страхования (страховому полису) на основании письменного уведомления Страховщика не позднее 5 (пяти) рабочих дней после предоставления Страхователем банковских реквизитов для возврата страховой премии, а Страхователь (Выгодоприобретатель) - возвращает Страховщику полученную от него страховую выплату не позднее 3 (трех) рабочих дней после получения письменного уведомления Страховщика. При этом, в случае выявления факта заключения Договора страхования после выезда Застрахованного за границу Республики Казахстан до осуществления страховой выплаты, Страховщик отказывает в осуществлении страховой выплаты на основании пп.7) п.9 настоящих Правил и производит возврат полученной от Страхователя страховой премии по Договору страхования (страховому полису) в порядке и сроки, указанные в п.7.1 настоящих Правил.

8. Согласно настоящим Правилам, к страховым случаям не относятся расходы Застрахованного (Страхователя), возникшие вследствие:

- 1) получения Застрахованным медицинских услуг, не являющихся экстренной медицинской помощью и не назначенных лечащим врачом при экстренном обращении;
- 2) умышленных действий Застрахованного (Страхователя), направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
- 3) совершения Застрахованным (Страхователем), правонарушения или преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи со страховым случаем, самоубийства или попытки самоубийства;
- 4) причинения вреда здоровью (ухудшения состояния здоровья) или смерти Застрахованного, находящихся в прямой причинной связи с умышленным нанесением самому себе телесных повреждений (травм), с употреблением алкогольных напитков, не назначенных врачом наркотических средств или иных аналогичных веществ;
- 5) преднамеренной цели Застрахованного (Страхователя) получить обследование и/или лечение на территории страхования;
- 6) диагностики и лечения хронических заболеваний и их обострений, последствий и осложнений, не повлекших угрозу жизни Застрахованного, кроме случаев, когда обострение/осложнение хронических заболеваний явилось следствием несчастного случая либо травмы.
- 7) заболеваний, требовавших лечения в течение последних 6 (шести) месяцев до начала действия Договора страхования, а также заболеваний, имевшихся у Застрахованного в день начала поездки, последствий (осложнений), возникших в период после оперативного или терапевтического лечения таких заболеваний;
- 8) ухудшения состояния здоровья или смерти Застрахованного, находящегося в прямой причинно-следственной связи с заболеваниями, имевшимися на момент начала срока страхования, независимо от того, проводилось по ним лечение или нет, а также, если выезд за рубеж был противопоказан застрахованному по состоянию здоровья, и(или) мог усугубить течение имевшегося заболевания;
- 9) инфекционных заболеваний (особо опасных и экзотических), которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией и/или иными превентивными мерами, кроме Covid-19, если риск по данному заболеванию был оплачен дополнительно;
- 10) особо опасных инфекций (при официально объявленных уполномоченным органом эпидемиях, пандемиях), а также инфекционных (кроме кишечных, детских инфекций и Covid-19, если риск по данному заболеванию был оплачен дополнительно) и

паразитарных заболеваний, в том числе туберкулез, бруцеллез, вирусные гепатиты, атипичная пневмония;

11) венерических заболеваний, заражения вирусом иммунодефицита (ВИЧ), СПИДа, заболеваний, передающихся половым путем, включая диагностику и обследования;

12) диагностики и лечения сахарного диабета любого типа;

13) лечения врожденных аномалий и пороков развития;

14) проведения обследований, анализов, приема медицинских препаратов, выходящих за пределы необходимой и достаточной медицинской помощи, а также предоставления услуг, не являющихся жизненно необходимыми с медицинской точки зрения;

15) интервенционных вмешательств, связанных с заболеваниями сердца, сосудов, нервной системы, с ангиографией, даже при наличии медицинских показаний к их проведению, любыми видами имплантации и экстракорпоральными методами лечения;

16) состояний, возникших в связи с беременностью, родами, аборт, в том числе самопроизвольным (кроме случаев, представляющих непосредственную угрозу жизни застрахованной при сроке беременности не более 12 недель), а также нарушением менструального цикла;

17) искусственного осеменения, лечения бесплодия или предупреждения зачатия;

18) лечения нетрадиционными методами, восстановительного (реабилитационного) лечения, прививок, лечения в санаториях, лечебницах, домах отдыха и других организациях санаторно-курортного типа, физиотерапевтических процедур, попечительского ухода;

19) лечения солнечных ожогов у Застрахованного, последствий солнечного излучения, теплового удара;

20) косметической, пластической и восстановительной хирургии любого вида, за исключением травм в результате несчастных случаев, когда необходима пересадка кожи или восстановление функции сосудов при ожогах;

21) любого вида протезирования, остеосинтеза и остеопластики;

22) возникновения расходов на материалы для остеосинтеза, с подбором, ремонтом и закупкой (обеспечением) очков, контактных линз, слуховых аппаратов, приобретением протезно-ортопедических средств, глюкометров и др. медицинских изделий, а также приобретением биологически-активных добавок;

23) приема средств, вызывающих алкогольное опьянение, когда уровень содержания алкоголя в крови составляет 1 промилле и более, наркотического опьянения или приема средств растительного происхождения или средств, полученных путем химического синтеза, вызывающих алкогольное, наркотическое или токсическое опьянение;

24) острого отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами;

25) стоматологического лечения, за исключением экстренной стоматологической помощи;

26) психических заболеваний, расстройств и их обострений, аффективных и невротических расстройств, депрессий;

27) злокачественных и доброкачественных новообразований, их осложнений и обострений, а также их диагностики, независимо от сроков их выявления;

28) самолечения, лечения Застрахованного и(или) ухода за ним, осуществляемым его родственниками;

29) ухода медицинской сестры на дому или в гостинице;

30) добровольного отказа Застрахованного (Страхователя) от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая, и всех последствий такого отказа;

31) оказания услуг медицинским учреждением (врачом) и их последствий, не рекомендованных специалистом Сервисной компании, и/или не имеющим

соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;

32) оказания медицинской помощи Застрахованному, если такая помощь была оказана врачом спортивной команды или обеспечена организаторами соревнований или сборов, в случае поездки за рубеж с целью участия в спортивных соревнованиях и сборах;

33) эвакуации в случае незначительных болезней или травм, которые могут быть пролечены на территории страхования и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного;

34) любой эвакуации и(или) репатриации, не согласованной со Страховщиком, а также расходы, возникшие в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного проживания (гражданства);

35) несчастного случая, произошедшего вследствие управления транспортным средством, Застрахованным или иным лицом, не имеющим права на управление данным транспортным средством или лицом, находящемся в состоянии опьянения/под воздействием наркотиков, психотропных веществ;

36) заболеваний, травм или смерти Застрахованного в случаях игнорирования последним запрещающих/предупреждающих знаков безопасности или ограничений (знак «проход запрещен», знак «купание запрещено», знак «не заплывайте за буйки» и пр.);

37) заболеваний, травм или смерти Застрахованного в ниже перечисленных случаях (если данный риск не был оплачен дополнительно с учетом поправочного коэффициента, умноженного на базовую страховую премию):

- при выполнении Застрахованным любых форм тяжелой (вредной) работы, если данный риск не был заявлен Страхователем в анкете-заявлении (заявлении на страхование) и не указан в Страховом полисе при его оформлении в бумажной форме (возможность заявить на страхование данный риск имеется только при оформлении бумажной формы Страхового полиса);
- занятиями профессиональным или любительским спортом, участия Застрахованного в любых соревнованиях (испытаниях, состязаниях), если данный риск не был заявлен Страхователем в анкете-заявлении (заявлении на страхование) и не указан в Страховом полисе при его оформлении в бумажной форме (возможность заявить на страхование данный риск имеется только при оформлении бумажной формы Страхового полиса);
- занятиями активными видами деятельности, указанными в п.20) п.3 настоящих Правил, если данный риск не указан в Страховом полисе;
- при заболеваниях Застрахованного Covid-19, если данный риск не был заявлен Страхователем в анкете-заявлении (заявлении на страхование) и не указан в Страховом полисе.

38) ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

39) войны (объявленной или необъявленной), военных действий, маневров, учений или иных военных мероприятий, народных волнений, забастовок, гражданской войны, террористических актов, антитеррористических операций;

40) стихийных бедствий, эпидемий, пандемии, а также действий и решений государственных органов власти;

41) военной службы Застрахованного в вооруженных силах любой страны;

42) получения услуг немедицинского характера, включая расходы на такси, доставка личных вещей Застрахованного и разговоры по телефону;

43) возникновения расходов по возмещению морального вреда, упущенной выгоды и уплаты неустойки;

44) возникновения иных расходов, не связанных с наступлением страхового случая.

9. В соответствии с настоящими Правилами также не покрываются:

- 1) расходы на ритуальные услуги (включая проведение поминальных обедов), погребение;
- 2) расходы на обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за границу, на право ношения оружия, управления транспортом, для посещения спортивно-оздоровительных учреждений;
- 3) расходы, связанные с лечением острой зубной боли или стоматологическим лечением после травмы на сумму, превышающие предельный объем ответственности Страховщика по стоматологическому лечению, указанный в п.31 настоящих Правил;
- 4) расходы, связанные с Covid-19 на сумму, превышающие предельный объем ответственности (лимит) Страховщика по данному заболеванию, указанный в страховом полисе (договоре страхования); расходы на любую транспортировку с высоты более 5000 (пяти тысяч) метров над уровнем моря;
- 5) любые расходы, включая расходы на лечение, которые имели место после возвращения Застрахованного в страну постоянного проживания.
- 6) любые расходы, включая расходы на лечение, которые были понесены за пределами территории страхования, указанной в Договоре страхования;
- 7) любые расходы, включая расходы на лечение, в случае заключения Договора страхования (страхового полиса) после выезда Застрахованного за границу Республики Казахстан.

10. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть также следующее:

- 1) сообщение Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;
- 2) воспрепятствование Страхователем Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
- 3) несоблюдение Застрахованным рекомендаций специалиста Сервисной компании, врача, правил поведения в лечебном учреждении при наличии указаний в медицинском рапорте;
- 4) неуведомление или несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая и (или) нарушение сроков подачи документов, предусмотренных настоящим договором страхования;
- 5) умышленное непринятие Страхователем (Застрахованным) мер по уменьшению убытков по страховому случаю;
- 6) отказа Страхователя (Застрахованного) от своего права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая, а также отказ передать Страховщику документы, необходимые для перехода Страховщику регресса. Если страховая выплата была уже произведена, Страховщик вправе требовать возврата суммы страховой выплаты полностью или частично;
- 7) нарушения Страхователем (Застрахованным) условий Договора страхования;
- 8) если страховой случай произошел вне территории страхования и (или) периода действия настоящего договора страхования.

11. Освобождение Страховщика от ответственности перед Страхователем (Застрахованным) по мотивам его неправомерных действий, предусмотренных настоящей статьей, одновременно освобождает Страховщика от осуществления страховой выплаты Застрахованному (Выгодоприобретателю).

12. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента предоставления всех необходимых документов.

5. Порядок заключения Договора страхования

13. Договор страхования заключается путем присоединения Страхователя к настоящим Правилам на предложенных условиях до выезда Застрахованного за границу Республики Казахстан, и оформления Страховщиком Страхователю Страхового полиса:

1) в электронной форме путем обмена электронными информационными ресурсами между Страхователем и Страховщиком с использованием интернет-ресурса Страховщика и (или) интернет-ресурсов других организаций, являющихся партнерами Страховщика на основании соответствующего соглашения;

и (или)

2) в бумажной форме.

14. Договор заключается на основании заявления на страхование от Страхователя:

1) путем заполнения Страхователем соответствующих полей на интернет-ресурсе Страховщика и (или) интернет-ресурсах других организаций, являющихся партнерами Страховщика на основании соответствующего соглашения;

или

2) путем письменного обращения Страхователя к Страховщику.

15. При заключении Договора страхования в электронной форме он оформляется на интернет-ресурсе Страховщика или интернет-ресурсах партнеров Страховщика непосредственно при входе на интернет-ресурс Страховщика либо интернет-ресурс партнера Страховщика с использованием одноразового сообщения (SMS - сообщение), которое направляется Страховщиком Страхователю с указанием одноразового пароля, за исключением случаев заключения Договора страхования путем входа в личный кабинет Страхователя. Одноразовый пароль вводится Страхователем в соответствующее поле на интернет-ресурсе Страховщика или интернет-ресурсах партнеров Страховщика для подтверждения абонентского номера абонента и идентификации Страхователя в целях установления деловых отношений с ним.

16. При заключении Договора страхования в электронной форме с использованием интернет-ресурса Страховщика или интернет-ресурсов партнеров Страховщика подтверждением факта заключения Договора страхования является высылка Страхователю Страховщиком уведомления о заключении Договора страхования посредством SMS и/или на адрес электронной почты, указанный Страхователем при заполнении заявления на страхование.

17. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства неизвестны и не должны быть известны Страховщику, в том числе:

1) ФИО/наименование, адрес, телефон, ИИН/БИН, сектор экономики, признак резидентства Страхователя;

2) фамилию, имя, дату рождения, ИИН, номер паспорта Застрахованного;

3) территорию страхования, срок поездки;

4) другие сведения в соответствии с действующим законодательством.

18. Если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п.17 настоящих Правил, Страховщик вправе отказать в страховой выплате или потребовать признания Договора недействительным.

При признании Договора страхования недействительным, Страховщик обязан вернуть Страхователю полученную от него страховую премию либо страховые взносы, а Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан вернуть Страховщику полученную страховую выплату.

19. Договор страхования заключается без медицинского освидетельствования Страхователя (Застрахованного). По требованию Страховщика в особых случаях Страхователь (Застрахованный) должен заполнить медицинскую анкету и/или представить соответствующие документы и/или пройти медицинское освидетельствование. В случае отказа Страхователя (Застрахованного) выполнить требования настоящего пункта Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в отношении данного Застрахованного либо отказать в осуществлении страховой выплаты если на дату соответствующего требования Страховщика договор страхования был уже заключен.

20. Застрахованному запрещается передавать Договор страхования другим лицам с целью получения ими услуг по Договору страхования. Если такой факт будет установлен, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования без возврата уплаченной страховой премии.

При утере Договора страхования Страхователь должен незамедлительно письменно известить об этом Страховщика. Утерянный Договор страхования считается недействительным с даты получения Страховщиком письменного уведомления и не может являться основанием для обращения в Сервисную компанию. Страховщик на основании письменного уведомления об утере Договора страхования выдает Страхователю дубликат Договора страхования. Дубликат договора – это копия экземпляра Страховщика, заверенная печатью Страховщика.

21. Страховщик не несет ответственность за осуществление страховой выплаты иному лицу по утерянному Договору страхования в случае несвоевременного уведомления об утере.

22. В случаях, когда Страхователь хочет продлить действие договора страхования находясь за границей, Страхователь должен сообщить о намерении заключить договор за 3 (три) дня до окончания срока действия текущего договора страхования (применимо только для письменной формы договора страхования, при этом продление оформляется также в письменном виде).

6. Страховая премия. Франшиза

23. Страховая премия устанавливается Договором страхования и означает сумму денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательства произвести страховую выплату, определенную Договором страхования.

24. Размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, рассчитывается согласно тарифам, установленным внутренними документами Страховщика, и указывается в Договоре страхования.

25. Порядок уплаты страховой премии:

- 1) при заключении Договора в письменной форме – Единовременно, но не позднее 5 (Пятого) рабочего дня месяца, следующего за месяцем подписания Договора;
- 2) при заключении Договора в электронной форме – единовременно в процессе заключения Договора страхования.

26. В случае неуплаты страховой премии в срок, предусмотренный п. 25 настоящих Правил, Договор страхования считается не вступившим в силу и Страховщик не несет обязательств по осуществлению страховой выплаты. В случае если по Договору страхования медицинские услуги были получены, лицо, их получившее, обязано возместить Страховщику стоимость понесенных медицинских расходов.

27. Договор страхования может быть заключен с безусловной франшизой. Размер безусловной франшизы по каждому и любому страховому случаю указывается в графе «Безусловная франшиза» Договора страхования. При установлении безусловной франшизы Страховщик осуществляет страховую выплату за вычетом франшизы.

7. Порядок определения страховой суммы.

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

29. Страховая сумма устанавливается исходя из выбранной программы страхования, территории страхования в соответствии с внутренними документами Страховщика и указывается в Договоре страхования.

30. В случаях, предусмотренных международными договорами, законодательством страны (места) временного пребывания, Договором страхования предельные объемы ответственности Страховщика по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью Застрахованного, устанавливаются в тенге и евро. Для расчета размера страховой выплаты используется евро по курсу, установленному Национальным Банком Республики Казахстан на дату осуществления страховой выплаты.

31. Предельный объем ответственности Страховщика по стоматологическому лечению составляет: 65 000 (шестьдесят пять тысяч) тенге (150 (сто пятьдесят) евро) на каждого Застрахованного за весь период страхования.

8. Срок и место действия договора страхования

32. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, указанной в договоре страхования как дата начала срока страхования, и прекращается не позднее 24-00 часов даты, указанной в договоре страхования как дата окончания такого срока.

33. Срок действия страховой защиты соответствует сроку действия Договора страхования, за исключением случаев:

1) когда страховой случай произошел в период действия Договора страхования и на момент окончания срока действия Договора страхования состояние Застрахованного расценивается лечащим врачом как тяжелое или крайне тяжелое и требует продолжения неотложного медицинского вмешательства и продления пребывания застрахованного за рубежом. В таком случае, Страховщик вправе продлить действие страховой защиты до момента купирования острого состояния, но не более чем на 3 (три) календарных дня после окончания срока страхования указанного в Договоре страхования.

2) в случае страхования по программе «Multi travel», предусматривающего многократный выезд за рубеж, страховая защита действует в пределах количества дней, определенного в Договоре страхования. При каждом выезде за границу срок страхования автоматически уменьшается на количество дней, ранее проведенных на территории страхования, при этом страховая защита прекращается по исчерпанию Застрахованным количества дней пребывания, указанных в Договоре страхования и не может быть продлена, за исключением обстоятельств указанных в пп.1) п.33 настоящих Правил.

9. Территория страхования

34. Территория страхования указывается в Договоре страхования.

35. Для иностранных граждан действие страховой защиты не распространяется на территорию их постоянного проживания и (или) гражданства.

36. Исключаются из территории страхования:

1) территории государств, в пределах которых ведутся военные действия и (или) антитеррористические операции;

2) государства, в отношении которых применены военные санкции;

3) территории, в пределах которых обнаружены и признаны очаги эпидемий;

4) территория страны, куда Застрахованный выезжает на постоянное место жительства (ПМЖ) или для проживания на условиях постоянного места жительства;

5) территории государств, выезд в которые официально не рекомендован МИД Республики Казахстан.

10. Права и обязанности сторон

37. Страхователь (Застрахованный) вправе:

- 1) требовать от Страховщика разъяснения условий Договора страхования;
- 2) получить дубликат Договора страхования, заключенного в письменной форме, в случае его утери;
- 3) требовать предоставления Застрахованному услуг согласно Договору страхования. В случае непредставления таких услуг Застрахованный (Страхователь) должен незамедлительно поставить в известность Страховщика.
- 4) ознакомиться с расчетами размера страховой выплаты, произведенной Страховщиком;
- 5) оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
- 6) совершать иные действия, не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан.

38. Страхователь (Застрахованный) обязан:

- 1) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска и принятия Страховщиком решения о заключении Договора страхования;
- 2) уплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования и настоящими Правилами;
- 3) уведомить Сервисную компанию или Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, установленные настоящими Правилами;
- 4) предоставить по требованию Страховщика документы о состоянии своего здоровья за период времени, предшествующий наступлению страхового случая;
- 5) при заключении договора страхования освободить врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая. Письменно уполномочить врачей, медицинские организации и иных уполномоченных лиц (как в стране постоянного проживания (гражданства), так и на территории страхования) выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы (справки, заключения и т.д.);
- 6) при обращении в сервисную компанию следовать указаниям специалиста Сервисной компании, врачей, Страховщика;
- 7) передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем и позволяющие судить о причинах, ходе, и последствиях страхового случая;
- 8) предоставить Страховщику официальный (нотариально заверенный) перевод документов, указанных в ст.13 Правил.
- 9) соблюдать требования Договора страхования, предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, распорядок и правила, установленные медицинским учреждением;
- 10) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- 11) довести до сведения Застрахованных условия страхования;
- 12) принять меры к уменьшению убытков от страхового случая;

13) обеспечить переход к Страховщику права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая.

14) Страхователь/Застрахованный/Выгодоприобретатель обязан возратить Страховщику в течение 7 (семи) рабочих дней после получения письменного уведомления сумму страховой выплаты, если в течение установленных законодательством РК сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или по Договору являлось основанием для отказа в осуществлении страховой выплаты.

39. Страховщик вправе:

1) Проверять предоставленную Страхователем (Застрахованным) информацию и документы, имеющие отношение к заключению договора страхования и страховому случаю, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора страхования. При этом Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить Страховщику по его требованию письменное разрешение на получение указанной информации в медицинских и иных учреждениях или предоставить такую информацию самостоятельно;

2) запрашивать у соответствующих организаций, исходя из их компетенции, документы, имеющие отношение к страховому случаю или подтверждающие факт наступления страхового случая и размер причиненных им убытков;

3) требовать от Страхователя или Застрахованного информацию, необходимую для установления факта страхового случая, обстоятельств его возникновения;

4) отказать в страховой выплате или уменьшить размер страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие грубой неосторожности Страхователя (Застрахованного);

5) требовать у Страхователя (Застрахованного) возврата стоимости неиспользованных (в связи со страховым случаем) проездных билетов (авиа, ж/д, авто, морским транспортом) в случае транспортировки Застрахованного в страну постоянного проживания и в случае возвращения детей Застрахованного, которые остаются на территории страхования без присмотра из-за болезни и/или несчастного случая с Застрахованным;

6) при наступлении страхового случая, когда Страхователь (Застрахованный) оплачивал расходы самостоятельно, осуществить страховую выплату Страхователю (Застрахованному) или отказать в страховой выплате, не дожидаясь получения всех необходимых документов, указанных в ст.13 Правил, если предоставленных документов достаточно для принятия решения о страховой выплате;

7) отказать в страховой выплате в сроки, в порядке и в случаях, определенных Правилами страхования;

8) предъявить обратное требование к лицу, виновному в наступлении страхового случая.

40. Страховщик обязан:

1) ознакомить Страхователя с условиями Договора страхования;

2) ознакомить Страхователя с правилами страхования и по его требованию представить (направить) копию правил;

3) при наступлении страхового случая, когда Страхователь (Застрахованный) оплачивал расходы самостоятельно, осуществить страховую выплату Страхователю (Застрахованному) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения всех необходимых документов, указанных в ст.13 Правил;

4) обеспечить тайну страхования.

11. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая

41. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая, то есть до обращения за медицинской или иной услугой, указанной в Договоре страхования, Застрахованный (Страхователь) или иное заинтересованное лицо обязано немедленно, но в любом случае

не позднее 24 часов с момента его наступления, уведомить о произошедшем случае Сервисную компанию по телефонам либо иным средствам связи, указанным в Договоре страхования, и сообщить следующую информацию:

- 1) фамилию и имя Застрахованного;
- 2) номер и срок действия договора страхования, размер франшизы;
- 3) жалобы, описание обстоятельств произошедшего и характер требуемой помощи;
- 4) местонахождение Застрахованного и номер контактного телефона для обратной связи.

42. После получения указаний от Сервисной компании, Застрахованный должен действовать в соответствии с полученными рекомендациями.

43. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, Сервисная компания от имени Страховщика обеспечивает оказание Застрахованному услуг в объеме, необходимом и достаточном для оказания экстренной медицинской помощи и устранения реального вреда, в пределах страховой суммы, предусмотренной Договором страхования за вычетом размера безусловной франшизы, если таковая была предусмотрена Договором страхования. При получении услуг Застрахованным, страховая выплата считается произведенной.

44. Если на момент организованного Сервисной компанией визита врача Страхователь (Застрахованный) отсутствует по месту вызова, следующий визит врача и его услуги организуются и оплачиваются за счет Страхователя (Застрахованного). При этом Сервисная компания предоставляет координаты медицинского учреждения для самостоятельного обращения Страхователя (Застрахованного) либо вызова врача по месту пребывания. Страхователь (Застрахованный) по требованию Страховщика обязан возместить расходы, которые были произведены на организацию визита, не состоявшегося из-за отсутствия Страхователя (Застрахованного).

45. При наступлении страхового случая, когда Застрахованный по объективным причинам не может своевременно уведомить Сервисную компанию или Страховщика, Застрахованный оплачивает медицинские расходы самостоятельно, при этом Застрахованный обязан уведомить Сервисную компанию или Страховщика о произошедшем случае по телефону либо электронному адресу, указанному в Договоре страхования либо с использованием интернет-ресурса Страховщика или партнера Страховщика где был выписан страховой полис – не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента наступления случая и сообщить следующую информацию:

- 1) Фамилию и имя Застрахованного;
- 2) номер и срок действия Договора страхования;
- 3) подробное описание обстоятельств произошедшего случая и характер полученной помощи;
- 4) местонахождение Застрахованного и номер контактного телефона для обратной связи.

В случае если информация предоставлена не в полной мере, уведомление считается не действительным.

46. Своевременное обращение в Сервисную компанию и согласование расходов Застрахованного, связанных с услугами, покрываемых Договором страхования, является обязательным условием для осуществления страховой выплаты.

47. Неуведомление или несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового случая дает Страховщику право отказать в страховой выплате, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату, а также при условии наличия уважительных причин неуведомления или несвоевременного уведомления о наступлении страхового случая и предоставления соответствующих документов, подтверждающих невозможность своевременного уведомления.

- 48.** Страхователь (Застрахованный) освобождает врача, выполняющего обследование или лечение, от обязанности хранить врачебную тайну перед Страховщиком.
- 49.** Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков лежит на Страхователе (Выгодоприобретателе, Застрахованном)
- 50.** В случае, когда Застрахованный (Страхователь) оплачивает расходы за полученные в стране пребывания медицинские услуги самостоятельно, при соблюдении п.43 настоящих Правил, Застрахованный (Страхователь, Выгодоприобретатель) обязан предоставить документы на наличное возмещение, указанные в ст.13 настоящих Правил, не позднее 30 (тридцати) календарных дней со дня прибытия на территорию Республики Казахстан.

12. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

- 51.** При наступлении страхового случая Страховщик обязан произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования.
- 52.** Сумма страховой выплаты, за последствия одного или нескольких страховых случаев, произошедших во время пребывания Застрахованного на территории страхования в период действия Договора страхования, не может превышать предельного объема ответственности (страховой суммы), устанавливаемого для каждого Застрахованного. Страховая выплата по стоматологической помощи не может превышать предельный объем ответственности Страховщика по стоматологическому лечению, указанный в п.30 настоящих Правил, независимо от количества произошедших за период действия Договора страхования случаев.
- 53.** Страховая выплата осуществляется в следующем порядке:
- 1) расходы по медицинским услугам, полученным Застрахованным через сервисную компанию в стране пребывания, оплачиваются Страховщиком непосредственно Сервисной компании, при этом расходы, не превышающие размер франшизы, оплачиваются Страхователем (Застрахованным) самостоятельно;
 - 2) в случае если Застрахованный (Страхователь) оплачивает расходы самостоятельно, то Страховщик возмещает ему эти расходы при соблюдении условий пп.40, 44, 49 настоящих Правил на основании письменного заявления и предоставления документов, указанных в ст.13 Правил.
- 54.** В случае, указанном в пп.1) п.52 настоящих Правил, вид валюты и срок оплаты услуг, оказываемых Сервисной компанией Застрахованному, определяется по соглашению между Страховщиком и Сервисной компанией.
- 55.** В случае, указанном в пп.2) п.52 настоящих Правил, Страховщик осуществляет страховую выплату (или отказывает в выплате) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения всех необходимых документов, касающихся страхового случая и размера понесенных расходов.
- 56.** В случае, указанном в пп.2) п.52 настоящих Правил расчет страховой выплаты осуществляется на основе оригиналов квитанций и счетов по официальному курсу иностранных валют Национального Банка Республики Казахстан на день осуществления страховой выплаты. При этом страховая выплата производится в тенге на банковский счет Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя). Расходы по переводу страховой выплаты осуществляются за счет Страховщика, если перевод осуществляется в пределах Республики Казахстан.
- 57.** В случае возбуждения уголовного дела, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем, Страховщик вправе отсрочить страховую выплату до даты принятия правоохранительными органами решения о прекращении уголовного дела или до даты принятия решения судом.

13. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер расходов

58. Расходы Страхователя (Застрахованного) на экстренную медицинскую помощь в случае объективной невозможности своевременно связаться с Сервисной компанией могут быть возмещены Страховщиком непосредственно Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) при условии уведомления Сервисной компании или Страховщика о страховом случае в течение 3 (трех) рабочих дней после наступления страхового случая.

59. Для получения страховой выплаты, когда Страхователь (Застрахованный) самостоятельно оплатил расходы на медицинское обслуживание, Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) должен в течение 30 (тридцати) дней после возвращения Застрахованного на территорию Республики Казахстан предоставить Страховщику письменное заявление о страховой выплате.

60. К заявлению о страховой выплате Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) должен приложить следующие документы:

1) оригинал Договора страхования (дубликат), в случае заключения Договора в бумажной форме;

2) оригиналы медицинских документов, содержащих сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью, о проведенных манипуляциях и лечении, или медицинский документ о несчастном случае;

3) оригиналы рецептов, счетов, квитанций на оплату медицинских услуг и медикаментов;

4) документы, подтверждающие факт и причины наступления страхового случая:

- при дорожно-транспортном происшествии – оригиналы/копии актов дорожной полиции;

- при причинении вреда третьими лицами – постановление о привлечении Застрахованного в качестве потерпевшего;

- при пожаре – акт о пожаре.

5) копию заграничного паспорта Застрахованного с отметками пограничного контроля о пересечении государственной границы Республики Казахстан и страны (территории) страхования;

6) документы, удостоверяющие личность Застрахованного/Выгодоприобретателя и право на получение страховой выплаты;

7) оригиналы или копии авиа/железнодорожных билетов, а также билетов на водную либо автомобильную перевозку;

8) в случае смерти Застрахованного Страхователь (Выгодоприобретатель) должен предоставить дополнительно:

- копии документов, предусмотренных законодательными или нормативными актами, содержащие данные о причине смерти Застрахованного (заключение судебно-медицинской экспертизы, справка о смерти с указанием причины);

- копия всех страниц паспорта Застрахованного;

- оригинал или копию свидетельства о смерти;

- результаты патологоанатомического исследования по дополнительному требованию Страховщика;

- документы, подтверждающие репатриацию Застрахованного: акт перевозки тела (груз 200), квитанции, чеки, подтверждающие затраты на репатриацию.

Документы по оплате должны быть оформлены на Выгодоприобретателя. В случае если счета были оплачены Застрахованным, которому оказывались медицинские услуги, а впоследствии застрахованный скончался, страховая выплата осуществляется его наследникам по закону. Наследники должны предоставить Страховщику документ о праве наследования.

9) в случае возвращения несовершеннолетних детей в страну постоянного места жительства Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) дополнительно

предоставляет оригиналы или копии ранее приобретенных авиа/железнодорожных билетов, а также билетов на водный или автомобильный транспорт для детей.

61. Страховщик, принявший документы, обязан составить справку с указанием полного перечня предоставленных документов и даты их принятия в двух экземплярах, по одному экземпляру для заявителя и для Страховщика.

62. Размер страховой выплаты определяется исходя из фактически произведенных застрахованным медицинскими расходах, подтвержденных медицинскими документами и оригиналами счетов, за минусом суммы франшизы, предусмотренной Договором страхования.

63. По требованию Страховщика Застрахованный обязан дополнительно предоставить необходимую информацию о состоянии своего здоровья (амбулаторная карта, выписки из истории болезни, консультативные заключения врачей, результаты обследований).

64. Документы, относящиеся к страховому случаю, должны быть предоставлены Страховщику на русском языке либо на языке оригинала с нотариально заверенным переводом на государственный или русский языки.

14. Срок уведомления страхователя или застрахованного о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты

65. Страховщик обязан в случае не предоставления Страхователем, Застрахованным, Выгодоприобретателем либо их представителем всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить их о недостающих документах в течение 7 (семь) календарных дней с момента подачи заявления о страховом случае.

15. Условия прекращения договора страхования

66. Договор страхования считается прекращенным в случаях:

- 1) истечения срока его действия;
- 2) неуплаты Страхователем страховой премии в установленные Договором страхования сроки;
- 3) передачи Застрахованным Договора страхования другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- 4) осуществления страховщиком страховой выплаты (страховых выплат) в размере страховой суммы по Договору страхования;
- 5) отказа Страхователя от Договора страхования;
- 6) соглашения Сторон о досрочном прекращении Договора страхования;
- 7) по требованию Страхователя или Страховщика.

67. Договор страхования, может быть расторгнут досрочно по инициативе Страхователя на основании письменного заявления по причине невозможности совершения поездки (болезнь Застрахованного, неполучение визы, болезнь/смерть члена семьи), но, в любом случае, не позднее чем за 24 часа до начала действия страховой защиты. При этом отказ в получении визы, болезнь застрахованного, болезнь/смерть члена семьи должны быть подтверждены документально. Страховщик после получения заявления и подтверждающих документов от Страхователя возвращает уплаченную страховую премию.

68. При досрочном расторжении Договора страхования по соглашению Сторон, либо по требованию Страхователя (по причинам иным, чем указано в п.67 настоящих Правил) или Страховщика, Страховщик возвращает ему уплаченные им страховые премии за не истекший период действия Договора за вычетом понесенных расходов, которые составляют 25% от суммы страховой премии. Страховщик не несет ответственность по страховым случаям, произошедшим с даты начала действия договора до даты расторжения, о которых застрахованный/страхователь не уведомил Страховщика своевременно.

69. При досрочном расторжении Договора страхования в случае осуществления страховой выплаты в пределах полной страховой суммы либо отказа Страхователя от Договора страхования, уплаченные Страховщику страховые премии возврату не подлежат.

70. Для досрочного прекращения Договора страхования Страхователь подает письменное заявление о прекращении действия Договора Страховщику. Страховщик вправе отказать в досрочном прекращении Договора за исключением случаев, предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством Республики Казахстан. В случае согласия досрочного прекращения Договора страхования, Страховщик производит возврат уплаченной страховой премии на условиях настоящих Правил.

71. Часть страховой премии, подлежащая возврату, уплачивается единовременным платежом в течение 10 (десяти) банковских дней с момента поступления Страховщику заявления о возврате страховой премии.

16. Порядок разрешения споров

72. К требованиям, возникающим из Договоров страхования, заключенных на основании настоящих Правил, применяются сроки давности, установленные законодательством Республики Казахстан.

73. Все споры решаются в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

17. Особые условия

74. Любые извещения, заявления, уведомления, объяснения, относящиеся к договору страхования, должны быть выполнены в письменной форме.

75. Любое уведомление должно направляться способом, позволяющим подтвердить его отправку.

76. В случае если после осуществления страховой выплаты Страховщику стали известны факты неисполнения Страхователем/Застрахованным условий договора, заключенного на основании настоящих Правил, либо наличие оснований для отказа в страховой выплате, Страховщик вправе потребовать возврата выплаченной суммы от Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя.

77. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору страхования Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

78. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по Договору, не несет имущественную ответственность за неисполнение/ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.

79. Форс-мажорные обстоятельства включают в себя, но не ограничиваются этим: наводнения, пожары, землетрясения и другие стихийные бедствия, войны или военные действия любого характера, блокады, запреты государственных органов.

80. Сторона, которая испытывает действие форс-мажорных обстоятельств, обязана уведомить о наступлении таких обстоятельств, другую Сторону в течение 3 (трех) рабочих.

81. Действие форс-мажорных обстоятельств должно подтверждаться соответствующими документами компетентных органов.

82. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь выражает Страховщику свое безусловное согласие на сбор, обработку, использование

персональных данных для целей заключения Договора страхования и его дальнейшего исполнения.

83. Все, что не оговорено Правилами, регулируется в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

84. Если в результате изменений в законодательство Республики Казахстан отдельные пункты Правил будут противоречить законодательству Республики Казахстан, то они утрачивают силу и до внесения изменений и дополнений в Правила применяются соответствующие нормы законодательства Республики Казахстан. При этом утрата силы отдельных пунктов Правил не влечет за собой утраты или недействительности Правил в целом.

Ведомость изменений документа

Издание №	Дата	Дополнения или изменения	Разработчик	Орган, документ и дата утверждения
01	22.05.2012	Создана исходная версия	ЮО	Протокол СД от 22.05.2012
02	09.10.2015	Новая редакция ВНД	Кусаинова А.К.	Протокол СД От 09.10.2015
03	18.07.2016	Новая редакция ВНД	Кусаинова А.К.	Протокол СД От 18.07.2016
04	26.11.2019	Новая редакция ВНД	Кусаинова А.К.	Протокол СД 26.11.2019
05	03.02.2020	Новая редакция ВНД	Кусаинова А.К.	Протокол СД 03.02.2020
06	07.07.2020	Новая редакция ВНД	Кусаинова А.К.	Протокол СД 07.07.2020
07	05.10.2020	Новая редакция ВНД	Кусаинова А.К.	Протокол СД 05.10.2020

Лист согласования:

Введен в действие с 08.10.2020 года			Подпись	Дата
Согласовано	Риск-менеджер	Величко А.М.		
	Комплаенс-контролер	Жукова О.И.		
	Начальник юридического отдела	Атымтаева А.Т.		
Разработано	Начальник отдела личного страхования	Кусаинова А.К.		