

Договор добровольного страхования медицинских расходов лиц, выезжающих за границу.

ЧАСТЬ 2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

РАЗДЕЛ 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего Договора является добровольное страхование медицинских расходов лиц, выезжающих за границу.

1.2. Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату Выгодоприобретателю в пределах страховой суммы (лимита ответственности Страховщика) в порядке и сроки, установленные Договором.

РАЗДЕЛ 2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Используемые основные понятия и термины в Договоре:

Внезапное заболевание - непредвиденное изменение состояния здоровья Застрахованного, клинически проявляющееся поражением органов и/или систем, создающее угрозу для жизни и требующее неотложного медицинского вмешательства;

Выгодоприобретатель - лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты;

Застрахованный - лицо, в отношении которого Страхователь заключает Договор страхования. Застрахованным считается лицо, временно выезжающее за пределы Республики Казахстан;

Медицинские расходы - неизбежные, необходимые затраты, понесенные Страхователем/Застрахованным за пределами Республики Казахстан в связи с получением экстренной медицинской помощи: диагностики заболевания, экстренной амбулаторно поликлинической помощи и/или экстренной госпитализации, экстренного медикаментозного лечения направленного на купирование острых симптомов заболевания, оказанного и/или предписанного квалифицированным практикующим врачом, которое не может быть отложено до возвращения Застрахованного в Республику Казахстан, так как промедление в оказании медицинской помощи повлечет за собой развитие тяжелых необратимых состояний организма, вплоть до летального исхода;

Медицинская эвакуация - организация Сервисной компанией выезда Застрахованного с территории страхования в Республику Казахстан, в случае, если Застрахованный на основании предписания квалифицированных работников Сервисной компании был вынужден вернуться досрочно и не смог воспользоваться обратным билетом либо медицинским сопровождением Застрахованного, организованным Сервисной компанией, в день вылета в Республику Казахстан;

Несчастный случай - наступившее вопреки воле человека, внезапное, кратковременное событие (происшествие) в результате механического электрического или термического воздействия на организм Застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть;

Посмертная репатриация - организация транспортировки тела умершего Застрахованного до ближайшего к месту захоронения международного аэропорта в Республике Казахстан либо международного аэропорта страны гражданства. Расходы по посмертной репатриации покрываются в пределах оговоренной в Договоре страхования страховой суммы, исключая расходы по похоронам и погребению;

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, указанной в Части I Договора;

Страхователь - лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком и оплатившее страховую премию. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страхователь одновременно является Застрахованным;

Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Страхователю (Выгодоприобретателю) в пределах страховой суммы, при наступлении страхового случая;

Страховая премия - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств, произвести страховую выплату Страхователю (Выгодоприобретателю) в размере, определенном Договором страхования;

Страховая сумма (лимит ответственности) - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая;

Страховой случай - событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, с наступлением которого возникает предусмотренная Договором страхования обязанность Страховщика осуществить страховую выплату;

Страховщик - Акционерное общество «Страховая компания «Сентрас Иншуранс»;

Территория страхования - территория, на которую распространяется действие страховой защиты Договора страхования. В понятие «территория страхования» не включается территория Республики Казахстан, территория страны постоянного проживания Застрахованного, территория страны, гражданином/резидентом, который является Застрахованным;

Травма - телесное повреждение, ушиб, растяжение, ранение, перелом, разрыв органа или связки, вывих (за исключением привычного вывиха, возникающего многократно, вследствие ничтожного усилия или при каком-либо определенном движении в суставе), ожог, обморожение, тепловой удар, утопление, переохлаждение организма, внезапное удушье в результате случайного попадания в дыхательные пути инородного тела, поражение электрическим током или молнией, повреждение, полученное в результате контакта с животными, растениями или насекомыми;

Транспортные расходы - расходы по перемещению, эвакуации или посмертной репатриации;

Экстренная амбулаторно поликлиническая помощь - неотложная медицинская помощь, которая применяется с целью восстановления, поддержания жизненно важных функций организма и не может быть отложена более чем на 2 (два) часа.

Экстренная госпитализация - неотложная медицинская помощь (в том числе экстренное хирургическое и медикаментозное лечение), которая должна быть оказана немедленно и не может быть отложена более чем на 2 (Двое) суток после возникновения случая, отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечёт за собой развитие тяжёлых необратимых состояний организма, вплоть до летального исхода.

Эпидемия/пандемия - массовое прогрессирующее во времени и пространстве в пределах определенного региона распространение инфекционной болезни людей, значительно превышающее обычно регистрируемый на данной территории уровень заболеваемости.

РАЗДЕЛ 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан, имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с медицинскими расходами, в связи с внезапным заболеванием и/или иным расстройством здоровья Страхователя (Застрахованного), в период пребывания за границей Республики Казахстан в течение срока страхования на территории, указанной в Договоре.

РАЗДЕЛ 4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым случаем является событие, повлекшее возникновение медицинских расходов, указанных в Договоре страхования, в период срока его действия и пребывания Застрахованного на территории страхования, вызванных обращением Застрахованного за экстренной медицинской помощью в результате внезапного заболевания. Расходы подлежат компенсации Страховщиком согласно Раздела 10 Договора.

РАЗДЕЛ 5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ, ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

5.1. На страхование не принимаются граждане, возраст которых на момент заключения Договора страхования 81 (Восемьдесят один) год и выше.

5.2. Страховщик не несет обязательств по осуществлению страховой выплаты по расходам Страхователя и/или Застрахованного, понесенным на территории страхования и связанным с:

- 1) ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного, связанными с заболеваниями, имевшимися до начала срока страхования, независимо от того, проводилось по ним лечение или нет, и понесенными расходами, относящимися к этому лечению, а также, если путешествие было противопоказано Застрахованному по состоянию здоровья и/или могло усугубить течение имевшегося заболевания (послужить причиной его обострения);
- 2) врожденными аномалиями и пороками развития;
- 3) диагностикой и лечением хронических заболеваний, их обострений, последствий и осложнений, за исключением внезапных обострений (состояний), представляющих прямую угрозу для жизни Застрахованного;
- 4) венерическими заболеваниями и заболеваниями, передаваемыми половым путем;
- 5) психическими заболеваниями, расстройствами и их обострениями, аффективными и невротическими расстройствами;
- 6) злокачественными и доброкачественными новообразованиями любых органов и систем организма;
- 7) причинением вреда здоровью или смерти Застрахованного в результате стихийных бедствий и связанным с особо опасными инфекциями (при официально объявленных уполномоченным органом до поездки эпидемиях, пандемиях), а также инфекционными (кроме кишечных и детских инфекций) и паразитарными заболеваниями, в том числе с туберкулезом, бруцеллезом, вирусными гепатитами, атипичной пневмонией, а также действий и решений государственных органов власти, объявленных до поездки;
- 8) преднамеренной целью получить обследование и/или лечение на территории страхования;
- 9) состоянием беременности, родами, аборт, кроме случаев, представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованной и при сроке беременности не более 12 (Двенадцати) недель, а также нарушением менструального цикла;
- 10) причинением вреда здоровью (ухудшением состояния здоровья) или смертью Застрахованного в ниже перечисленных случаях (если данный риск не был оплачен дополнительно):
 - при выполнении Застрахованным любых форм тяжелой (вредной) работы или занятиями профессиональным или любительским спортом;
 - при участии Застрахованного в любых соревнованиях (испытаниях, состязаниях);
 - по возрасту Застрахованного;
- 11) причинением вреда здоровью (ухудшением состояния здоровья) или смертью Застрахованного, связанными с любыми последствиями войны (объявленной или необъявленной), военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями; гражданской войной, антитеррористическими операциями, народными волнениями всякого рода или забастовками; воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 12) организацией индивидуального поста у постели больного, ухода медицинской сестры за Застрахованным на дому или в гостинице;
- 13) эвакуацией в случае незначительных болезней или травм, которые поддаются местному лечению и не препятствуют продолжению путешествия Застрахованного;

- 14) любой эвакуацией и/или репатриацией, не согласованной со Страховщиком, а также по расходам, возникшим в результате добровольного отказа Застрахованного от эвакуации в страну постоянного проживания (гражданства);
- 15) пластической и восстановительной хирургией, ортопедией, хирургическими вмешательствами, связанными с заболеваниями сердца, сосудов, нервной системы, с ангиографией, даже при наличии медицинских показаний к их проведению, трансплантацией органов и тканей, экстракорпоральными методами лечения;
- 16) расходами 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;
- 17) любым видом протезирования, остеосинтеза и остеопластики;
- 18) предоставлением услуг, не являющихся необходимыми для экстренной помощи с медицинской точки зрения, или не назначенных врачом;
- 19) диагностикой и лечением нетрадиционными методами;
- 20) санаторно-курортным лечением, санаторным попечительским уходом;
- 21) любым профилактическим обследованием, лечением контролем над ним, общими медицинскими осмотрами, повторными осмотрами, прививками, снятием швов, перевязками, с расходами на медикаментозное лечение назначенное врачом с целью продолжения лечения, после оказания Застрахованному экстренной амбулаторно-поликлинической помощи (кроме случаев, связанных с ухудшением состояния после оказания экстренной помощи);
- 22) лечением солнечных ожогов у Застрахованного;
- 23) заражением вирусом иммунодефицита (ВИЧ);
- 24) службой Застрахованного в вооруженных силах любой страны;
- 25) получением услуг немедицинского характера, включая разговоры по телефону, за исключением случаев телефонной (факсимильной) связи со Страховщиком или представителем Страховщика, обусловленных наступлением страхового случая;
- 26) совершением или попыткой совершения противоправного действия, повлекшего в соответствии с действующим законодательством страны временного пребывания административное взыскание или уголовное преследование в отношении Застрахованного;
- 27) лечением Застрахованного и/или уходом за ним, осуществляемым его родственниками;
- 28) оказанием услуг медицинским учреждением (врачом), не имеющим соответствующей лицензии, либо если на момент оказания медицинской помощи действие лицензии было приостановлено;
- 29) оказанием 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;
- 30) несчастным случаем, произошедшим вследствие управления транспортным средством Застрахованным, не имеющим права на управление данным транспортным средством;
- 31) причинением вреда здоровью (ухудшение состояния здоровья) или смертью Застрахованного, в результате с умыслом нанесения самому себе телесных повреждений (травм), с употреблением алкогольных напитков и наркотических средств или иных веществ и/или последствиями (осложнениями) их употребления, а также подвержением себя неоправданному риску (за исключением попытки спасти жизнь другому человеку);
- 32) заболеванием, возникшим в результате действия природных и техногенных катастроф;
- 33) возмещением морального вреда, упущенной выгоды и уплаты неустойки;
- 34) иными расходами, не связанными с наступлением страхового случая.

РАЗДЕЛ 6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

6.1. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить Страхователя с условиями страхования;
- 2) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные Договором;
- 3) обеспечить тайну страхования;
- 4) выдать Страхователю Договор, а при его утере дубликат;
- 5) возместить Страхователю (Застрахованному) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
- 6) зарегистрировать факт наступления страхового случая;
- 7) в случае представления неполного пакета документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, в течение 3 (Трех) рабочих дней с даты получения документов, выдать Страхователю (Застрахованному) или иному лицу, являющемуся Выгодоприобретателем, справку, с указанием в ней недостающих документов.
- 8) не проводить и (или) приостановить операции по осуществлению страховой выплаты, по возврату страховой премии при досрочном прекращении Договора Страхователем, в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;
- 9) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

6.2. Страховщик имеет право:

- 1) на своевременную оплату страховой премии;

- 2) на получение от Страхователя сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного ущерба от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику;
- 3) проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий Договора;
- 4) досрочно расторгнуть Договор, в порядке и сроки, предусмотренные Договором;
- 5) отказать в осуществлении страховой выплаты полностью или частично случаях, предусмотренных Договором, Правилами и законодательством Республики Казахстан;
- 6) требовать от Страхователя информацию, необходимую для установления факта страхового случая, обстоятельств его возникновения;
- 7) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, в том числе направлять запросы в компетентные органы;
- 8) с согласия Страхователя принимать на себя ведение дел в суде от имени и по поручению Страхователя;
- 9) в случае увеличения степени риска потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в порядке и сроки, предусмотренные Договором;
- 10) воспользоваться услугами независимого эксперта для оценки размера причиненного вреда здоровью потерпевшего, определения размера страховой выплаты при наступлении страхового случая;
- 11) предъявлять право обратного требования к лицу, ответственному за причинение вреда, в случаях, предусмотренных Договором и действующим законодательством Республики Казахстан;
- 12) требовать признания Договора недействительным в случаях, определенных законодательством Республики Казахстан;
- 13) совершать другие действия, не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан.

6.3. Страхователь обязан:

- 1) уплачивать страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Договором;
- 2) уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, установленные Договором;
- 3) принять меры к уменьшению убытков от страхового случая;
- 4) при заключении и в период действия Договора сообщать Страховщику обо всех действующих или заключаемых Договорах страхования в отношении Застрахованных объектов страхования;
- 5) содействовать представителю Страховщика в выяснении размеров убытка, причин и иных обстоятельств наступления страхового случая;
- 6) вернуть Страховщику полученную страховую выплату в полном объеме или частично, если в течение сроков исковой давности обнаружится такое обстоятельство, которое согласно действующему законодательству Республики Казахстан, Договору страхования полностью или частично лишает Выгодоприобретателя/Страхователя права на получение страховой выплаты;
- 7) обеспечить сохранность и передачу Страховщику необходимых документов по Договору страхования, документов, связанных со страховым случаем, а также документов, доказательств и сведений, необходимых для осуществления Страховщиком перешедшего к нему права требования на возмещение убытков (суброгации) к лицу, виновному в наступлении страхового случая;
- 8) в случае если Страховщик сочтет необходимым назначение своего представителя для защиты интересов, как Страховщика, так и Страхователя (Застрахованного), в связи с наступлением страхового случая выдать доверенность и/или иные необходимые документы для защиты таких интересов указанным Страховщиком лицам; Страховщик имеет право, но не обязан представлять интересы Страхователя (Застрахованного) в суде или иным образом осуществлять правовую защиту Страхователя (Застрахованного) в связи с наступлением страхового случая;
- 9) информировать Страховщика о состоянии страхового риска;
- 10) предоставить по требованию Страховщика документы о состоянии своего здоровья за период времени, предшествующий наступлению страхового случая;
- 11) освободить врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая;
- 12) следовать указаниям координатора Сервисной компании, врачей, Страховщика;
- 13) передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
- 14) ознакомить Застрахованных с условиями Договора;
- 15) не совершать действий, направленных против интересов Страховщика, а также: не принимать каких-либо обязательств, не принимать какие бы то ни было предложения без согласия Страховщика, не совершать никаких выплат в счет погашения вреда причиненного Выгодоприобретателю, а также не давать обязательств по суммам и срокам выплат, имеющих отношение к страховому случаю, без письменного согласия Страховщика, за исключением действий по организации спасательных работ, а также действий с целью уменьшения ущерба;
- 16) выполнять условия страхования (нарушение условий Договора Застрахованными расценивается как нарушение условий Договора самим Страхователем).

6.4. Страхователь имеет право:

- 1) ознакомиться с условиями страхования;
- 2) получить Договор, а в случае его утраты дубликат;

- 3) на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая, в порядке и сроки, предусмотренные условиями Договора;
 - 4) оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
 - 5) на тайну страхования;
 - 6) требовать от Страховщика разъяснения условий и порядка действия Договора;
 - 7) требовать, чтобы в медицинских учреждениях были оказаны медицинские услуги, определенные Договором. В случае отказа предоставить такие медицинские услуги, Страхователю (Застрахованному) следует немедленно поставить об этом в известность Страховщика (Сервисную компанию). При отсутствии у Страхователя (Застрахованного) такой возможности, информировать может любое уполномоченное Страхователем (Застрахованным) лицо, по просьбе Страхователя (Застрахованного);
 - 8) право Страхователя на получение страховой выплаты от Страховщика в соответствии с Договором возникает с наступлением страхового случая применительно к выбранным Страхователем медицинским программам страхования;
 - 9) получить от Страховщика возмещение расходов, понесенных Страхователем в целях предотвращения или уменьшения убытков, причиненных страховым случаем;
 - 10) на досрочное расторжение Договора;
 - 11) заменить Застрахованного в рабочее время до выезда Страхователя (Застрахованного) на территорию страхования, письменно уведомив об этом Страховщика, путем подачи заявления, в случае, когда по Договору, застраховано лицо иное, чем Страхователь, если иное не предусмотрено Договором;
 - 12) заменить до наступления страхового случая, Выгодоприобретателя не являющегося Застрахованным, другим лицом, письменно уведомив об этом Страховщика. Выгодоприобретатель не может быть заменен другим лицом после того, как он выполнил определенные обязанности по Договору, вытекающие из его соглашения со Страхователем, или предъявил Страховщику требование по осуществлению страховой выплаты;
 - 13) совершать другие действия, не противоречащие действующему законодательству Республики Казахстан.
- 6.5. Предусмотренные настоящим разделом права и обязанности сторон не являются исчерпывающими, стороны также имеют права и несут обязанности, предусмотренные другими разделами Договора.

РАЗДЕЛ 7. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

- 7.1. В период действия Договора Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.
- 7.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора и (или) уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска, либо отказать в страховании.
- 7.3. Если Страхователь или Застрахованный возражают против изменения условий Договора и (или) доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать прекращения действия Договора в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
- 7.4. При невыполнении Страхователем или Застрахованным предусмотренной в пункте 7.1. настоящего раздела, обязанности, Страховщик вправе потребовать прекращения действия Договора и возмещения убытков, причиненных данным прекращением.
- 7.5. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

РАЗДЕЛ 8. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ (СЛУЧАЯ)

- 8.1. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков возлагается на Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);
- 8.2. Выгодоприобретатель имеет право уведомить Страховщика о наступлении страхового случая при всех обстоятельствах, независимо от того, сделали это или нет Страхователь или Застрахованный.
- 8.3. При наступлении страхового случая Застрахованный обязан незамедлительно связаться с Сервисной компанией и/или Страховщиком и сообщить:
 - 1) свою фамилию, имя, отчество;
 - 2) номер и срок действия Договора;
 - 3) наименование Страховщика;
 - 4) свое местонахождение (страна, город пребывания);
 - 5) контактные телефоны;
 - 6) коротко описать обстоятельства страхового случая и возможный характер требуемой медицинской помощи.
- 8.4. После получения указаний от Сервисной компании и/или Страховщика, Застрахованный должен действовать в строгом соответствии с полученными указаниями.
- 8.5. При наступлении страхового случая, Сервисная компания от имени Страховщика, обеспечивает Застрахованному оказание медицинской помощи и других дополнительных услуг, указанных в Договоре.
- 8.6. В экстренном случае, если Застрахованному не удалось связаться с Сервисной компанией и Застрахованный самостоятельно оплачивает медицинские расходы, Застрахованный обязан уведомить Страховщика о произошедшем случае по телефону либо по электронному адресу, указанному в Договоре страхования в течение 48 (Сорока восьми) часов и сообщить:

- 1) фамилию имя отчество, адрес постоянного места жительства и гражданство Застрахованного;
- 2) номер и срок действия Договора;
- 3) наименование, адрес и телефон лечебного учреждения, в которое направлен Застрахованный;
- 4) имя, фамилию, адрес и телефон лечащего врача Застрахованного;

8.7. В исключительных случаях, когда Застрахованный по каким-либо техническим или иным уважительным причинам не смог связаться с Сервисной компанией и/или Страховщиком, имеет право обратиться к любому врачу или в любое медицинское учреждение и самостоятельно оплатить расходы за оказанную ему медицинскую помощь, после чего Застрахованный вправе предоставить документы Страховщику для рассмотрения и принятия решения об осуществлении/отказе в осуществлении страховой выплаты. Перечень документов, сроки подачи представлены в Разделе 9.

РАЗДЕЛ 9. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ

9.1. Для получения страховой выплаты, когда Застрахованный самостоятельно оплатил расходы, за полученные медицинские услуги, должен в течение 5 (Пяти) рабочих дней после возвращения в Республику Казахстан предоставить Страховщику письменное заявление о наступлении страхового случая и документы, необходимые для страховой выплаты:

- 1) заявление о наступлении страхового случая;
- 2) оригинал (дубликат) Договора;
- 3) документы, удостоверяющие личность Страхователя/Застрахованного;
- 4) документы, подтверждающие получение медицинских услуг:

В случае оказания Застрахованному экстренной амбулаторно поликлинической помощи, экстренной госпитализации, стоматологического лечения:

- оригинал или нотариально засвидетельствованная копия документов, подтверждающих оказанную Застрахованному медицинскую помощь с указанием Ф.И.О. Застрахованного, установленного диагноза и результатов обследования, заверенные печатью лечебного учреждения;

- оригинал счета, фискальный, товарный чек или иной документ, подтверждающий оплату медицинских услуг;

В случае экстренного медикаментозного лечения:

- оригинал рецепта с указанием Ф.И.О. Застрахованного, с предоставлением документального подтверждения диагноза, заверенный печатью лечебного учреждения;

- оригинал счета, фискальный, товарный чек или иной документ, подтверждающий оплату (с указанием наименования каждого препарата, количества, даты приобретения и стоимости за каждую единицу);

5) в случае посмертной репатриации Застрахованного, Страхователь/Выгодоприобретатель обязан предоставить дополнительно:

- оригинал или нотариально заверенную копию свидетельства о смерти;

- копии документов, предусмотренных законодательными актами, содержащих информацию о причине смерти Застрахованного;

- документ, подтверждающий право Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты;

6) в случае экстренного визита третьего лица в чрезвычайной ситуации:

- подлинники или копии билетов, подтверждающих экстренный визит третьего лица;

7) в случае медицинской эвакуации Застрахованного:

- перечень документов в соответствии с пп. 1-4, пп. 6 и 8 настоящего раздела (при необходимости);

8) в случае возврата детей Застрахованного:

- подлинники или копии билетов, подтверждающих возврат детей Застрахованного в страну постоянного проживания (гражданства).

9.2. В случае не предоставления Страхователем/Застрахованным в пятидневный срок после прибытия в страну постоянного места жительства заявления о наступлении страхового случая и документов, необходимых для страховой выплаты, Страховщик имеет право отказать в страховой выплате.

9.3. Кроме перечисленных документов, Страховщик может затребовать у Страхователя и другие документы, если, с учетом конкретных обстоятельств, отсутствие у Страховщика запрашиваемых документов делает невозможным (или крайне затруднительным) для него установление факта и причин страхового случая и определение размера ущерба, в сроки оговоренные Договором страхования.

9.4. Для возмещения расходов, когда медицинские услуги, оказанные Застрахованному, были оплачены Сервисной компанией, документы предоставляются Сервисной компанией согласно перечня документов указанных в Договоре об оказании услуг Застрахованным.

РАЗДЕЛ 10. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ЕЕ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

10.1. Страховая выплата на возмещение медицинских расходов Застрахованного в стране пребывания, оплаченных Сервисной компанией (за оказание медицинской помощи и иных расходов Застрахованного, при наступлении страхового случая, предусмотренного Договором) производится путем оплаты Страховщиком счетов, выставленных ему Сервисной компанией, в соответствии с условиями Договора об оказании услуг Застрахованным либо путем компенсации расходов Застрахованного.

10.2. Подлежат компенсации следующие расходы Застрахованного:

1) расходы, возникшие в результате обращения Застрахованного за экстренной амбулаторно поликлинической помощью которая, по мнению лечащего врача, не может быть отложена более чем на 2 (два) часа и является необходимой при оказании экстренной помощи (включая осмотр, консультации врача специалиста в амбулаторных условиях);

2) расходы, возникшие в результате экстренной госпитализации, экстренного хирургического (за исключением оперативных вмешательств, которые, по мнению лечащего врача, могут быть отложены более чем на 2 (Двое) суток и не являются необходимыми при оказании экстренной помощи);

3) расходы на экстренное медикаментозное лечение направленное на купирование острых симптомов заболевания, оказанного и/или предписанного квалифицированным практикующим врачом в рамках амбулаторно поликлинической помощи. Страховая сумма (сублимит) на экстренное медикаментозное лечение составляет 30 (тридцать) Евро;

4) расходы на стоматологическое лечение: осмотр, рентгенологическое исследование, удаление или пломбирование зубов, обусловленные наступлением острой зубной боли или травмами, полученными в результате несчастного случая. Страховая сумма (сублимит) на стоматологическое лечение составляет 100 (Сто) Евро;

5) расходы по транспортировке Застрахованного:

а. на медицинскую транспортировку в медицинское учреждение на территории страхования при наступлении страхового случая;

б. на эвакуацию от места его пребывания до больницы, ближайшей к аэропорту в стране его постоянного проживания (гражданства), с которым есть прямое международное сообщение. При этом Страховщик вправе потребовать возврата стоимости неиспользованного авиабилета (билетов) купленного (ых) самостоятельно и которые не были использованы в связи с наступлением страхового случая;

б) расходы по транспортировке третьих лиц:

если путешествующий в одиночку Застрахованный окажется госпитализированным на территории страхования, и, по мнению врача Сервисной компании, состояние больного расценивается как критическое, Страховщик предоставляет одному лицу, являющемуся близким родственником (мать, отец, брат, сестра, сын, дочь) или супругом Застрахованного авиабилет в оба конца экономическим классом до ближайшего к месту нахождения Застрахованного контрольно-пропускного пункта для посещения больного. Расходы по проживанию этого лица в стране госпитализации Застрахованного Страховщиком не покрываются;

7) расходы, связанные с возвращением детей Застрахованного:

если дети, находящиеся на иждивении Застрахованного, остаются на территории страхования без присмотра из-за болезни или несчастного случая с последним, Страховщик оплачивает проезд детей экономическим классом, до аэропорта, с которым есть прямое международное сообщение, в страну постоянного проживания (гражданства) Застрахованного. При этом Страховщик вправе потребовать возврата стоимости авиабилета (билетов) на детей, купленного(ых) самостоятельно и которые не были использованы в связи с наступлением страхового случая;

8) расходы, связанные с посмертной репатриацией тела (останков) Застрахованного.

а. юридическое оформление и расходы на вскрытие тела, бальзамирование, гроб, требуемый для международной перевозки;

б. перевозку тела (останков) в аэропорт, наиболее близкий к предполагаемому месту захоронения в стране, где ранее постоянно проживал Застрахованный и с которым есть прямое международное сообщение.

10.3. Страховщик не несет расходов на ритуальные услуги и погребение Застрахованного.

10.4. Страховая выплата по самостоятельно оплаченным медицинским расходам Застрахованного, осуществляется при соблюдении следующих условий Застрахованным:

1) требование о страховой выплате к Страховщику предъявляется Страхователем или иным лицом, являющимся Выгодоприобретателем, в письменной форме (заявление о страховой выплате) с приложением документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, предусмотренных Договором;

2) в случае, если Застрахованным предоставлен пакет документов, недостаточный для осуществления страховой выплаты, то Страховщик в срок не более 3 (Трех) рабочих дней уведомляет Страхователя (Застрахованного) о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты;

3) пакет документов предоставленных для осуществления страховой выплаты считается предоставленным полностью с момента поступления в компанию Страховщика последнего необходимого документа.

10.5. Страховая выплата производится в тенге, в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Казахстан, Договором страхования, на банковский счет, указанный Выгодоприобретателем, если понесенные расходы были оплачены Застрахованным самостоятельно. Расходы по переводу страховой выплаты осуществляются за счет Страховщика, если перевод осуществляется в пределах Республики Казахстан.

10.6. Расходы, понесенные Страхователем в целях предотвращения или уменьшения убытков, подлежат возмещению Страховщиком, если такие расходы были необходимы или были произведены для выполнения указаний Страховщика, даже если соответствующие меры оказались безуспешными. Такие расходы возмещаются в фактических размерах, однако с тем, чтобы общая сумма страховой выплаты и компенсации расходов не превысила страховой суммы, предусмотренной Договором страхования, если расходы возникли в результате исполнения Страхователем указаний Страховщика, они возмещаются в полном размере, безотносительно к страховой сумме.

10.7. 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.

10.8. Размер причиненного вреда в результате наступления страхового случая по заявлению Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя или его/их представителя, на основании предоставленных документов

определяет Страховщик. При необходимости оценка размера причиненного вреда проводится оценщиком (независимым экспертом). При несогласии с результатами оценки причиненного вреда стороны вправе доказывать иное.

10.9. После предоставления Страхователем (Застрахованным) Страховщику всех необходимых документов перечисленных в п. 9.1. Раздела 9 Договора, касающихся страхового случая, Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней, принимает решение о возмещении этих расходов или мотивированном отказе, если оказанная помощь не была оказана по экстренным показаниям.

10.10. Расчет страховой выплаты составляется на основе оригиналов квитанций и счетов, по официальному курсу иностранных валют Национального Банка Республики Казахстан на день наступления страхового случая.

10.11. Страховая выплата производится не позднее 10 (Десяти) рабочих дней после принятия решения о страховой выплате. В случае принятия решения об отказе, Страховщик письменно извещает об этом Страхователя (Застрахованного) с указанием причин отказа в те же сроки. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован в суде.

10.12. Страховщик вправе частично или полностью отказать в осуществлении страховой выплаты в случае:

1) действий Страхователя (Застрахованного), направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;

2) нарушение сроков подачи документов, предусмотренных Договором;

3) не уведомления или несвоевременного уведомления Страхователем/Застрахованным (или его представителем) Страховщика о наступлении страхового случая в установленные Договором порядке и сроки;

4) если Страхователь (Застрахованный) имел возможность, но не представил документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом (последствиями), или представил заведомо ложные доказательства;

5) умышленного непринятия Страхователем (Застрахованным) мер по уменьшению убытков от страхового случая;

6) если Страхователь при заключении Договора заведомо преследовал цель извлечения неправомерной выгоды, в том числе заключения его после наступления страхового случая;

7) сообщения Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

8) воспрепятствования Страхователем/Застрахованным Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и установления размера причиненного ущерба;

9) отказа Страхователя от своего права требования к лицу, ответственному за наступление страхового случая, а также отказ передать Страховщику документы, необходимые для перехода к Страховщику регресса. Если страховая выплата была уже произведена, Страховщик вправе требовать ее возврата полностью или частично;

10) нарушения Страхователем (Застрахованным) условий Договора и действующего законодательства Республики Казахстан;

11) действий Страхователя, Застрахованного, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;

12) несоблюдение Застрахованным рекомендаций координатора Сервисной компании, врача, правил поведения в лечебном учреждении при наличии указаний в медицинском рапорте;

13) если страховой случай произошел вне территории страхования и периода действия Договора;

14) если премия по рискам, указанным в пп. 10 п. 5.2. раздела 5 Договора не была оплачена с учетом поправочного коэффициента;

15) по иным основаниям, предусмотренным законодательством Республики Казахстан и Договором.

10.13. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты, если страховым случаем наступил вследствие:

1) службы или прохождения соответствующего обучения в военных и правоохранительных органах;

2) всякого рода военных действий или военных мероприятий и их последствий, гражданской войны, революции, восстаний, мятежа, захвата или узурпации власти, ареста, гражданских волнений, массовых беспорядков, забастовок, локаутов и их последствий;

3) актов терроризма или насилия по политическим мотивам;

4) ядерного взрыва, радиации или радиоактивного загрязнения;

5) добровольного отказа Страхователя/Застрахованного от выполнения предписаний врача, от транспортировки и эвакуации;

6) действий Страхователя/Застрахованного, совершенных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения или находящегося под воздействием психотропных средств, а также последствий таких состояний.

10.14. Страховщик вправе полностью или частично отказать Страхователю в страховой выплате по иным основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Республики Казахстан и Договором страхования.

10.15. Освобождение Страховщика от страховой ответственности перед Страхователем по мотивам его неправомерных действий, предусмотренных настоящей статьей одновременно освобождает Страховщика от осуществления страховой выплаты Застрахованному.

10.16. За несвоевременное осуществление страховой выплаты Страховщик несет ответственность в соответствии со статьей 353 Гражданского кодекса Республики Казахстан.

РАЗДЕЛ 11. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА

11.1. Договор страхования считается прекращенным в случаях:

- 1) истечения срока действия Договора страхования;
- 2) исполнения обязательств Страховщика (осуществление Страховщиком страховой выплаты (страховых выплат) в размере страховой суммы по Договору страхования);
- 3) досрочного прекращения Договора страхования;
- 4) иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан и Договором страхования.

11.2. Помимо общих оснований прекращения обязательств, Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

- 1) когда перестал существовать объект страхования;
- 2) смерти Застрахованного, не являющегося Страхователем, когда не произошла его замена;
- 3) когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- 4) вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации Страховщика за исключением случаев, предусмотренных Законом Республики Казахстан «о страховой деятельности»;
- 5) в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности».

В указанных случаях Договор страхования считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для прекращения Договора страхования, о чем заинтересованная сторона должна незамедлительно уведомить другую.

11.3. Стороны имеют право на досрочное расторжение Договора страхования. О намерении досрочного прекращения действия Договора страхования, стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 1 (один) рабочий день до предполагаемой даты прекращения Договора страхования. В указанном случае Договор страхования прекращает свое действие со дня следующего за днем уведомления о прекращении Договора страхования.

11.4. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время. При отказе Страхователя от Договора страхования, если это не связано с обстоятельствами, указанными в п. 11.2. настоящего раздела, уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования.

11.5. В случаях, когда досрочное прекращения Договора страхования вызвано невыполнением его условий Страховщиком, последний обязан вернуть Страхователю оплаченную им страховую премию полностью.

11.6. При отказе Страхователя от Договора страхования до начала срока действия Договора:

- 1) по причине отказа посольства в открытии визы, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в размере 100 %, при этом Страхователь обязан представить Страховщику отказ посольства в письменном виде (оригинал) до начала срока действия Договора страхования;
- 2) по причине официально объявленных уполномоченным органом эпидемиях и пандемиях и/или объявления о начале военных действий, маневров или иных военных мероприятий на территории страхования, после вступления в силу Договора страхования, но до вылета Застрахованных на территорию страхования, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в размере 100%;
- 3) по иной причине, Страховщик осуществляет возврат Страхователю часть от уплаченной страховой премии за вычетом 25% за возмещение понесенных расходов и расходов на ведение дела, но не менее 200 тенге.

11.7. В случае отказа Страхователя от Договора страхования после начала его действия, уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

11.8. Возврат страховых премий при ликвидации Страховщика осуществляется в соответствии с очередностью удовлетворения требований кредиторов, установленной законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.

РАЗДЕЛ 12 .ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры по Договору страхования, возникающие между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем), разрешаются сторонами путем переговоров.

12.2. При недостижении между сторонами соглашения, спор разрешается в судебном порядке, в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Contract on Voluntary Health Insurance of Citizens Going Abroad.

PART 2. GENERAL PROVISIONS

SECTION 1. SUBJECT MATTER OF THE CONTRACT

1.1. The subject matter of this Contract is voluntary health insurance of citizens going abroad.

1.2. Insurant is obliged to pay the rate of insurance and Insurer is obliged upon the occurrence of an insured event to perform payment of Insured Amount to Beneficiary within the limits of insurance amount defined in this Contract.

SECTION 2. GENERAL PROVISIONS

2.1. General definitions and terms used in this Contract:

Sudden Disease - means unforeseen change of Insured person's health coming out in affection of organs and/or systems which appears to be life threatening and requires an urgent medical intervention;

Beneficiary - means a person who receives insurance amount in accordance with this Contract on Voluntary Health Insurance;

Insured - means a person in favor of whom Insurant concludes this Contract on Voluntary Health Insurance. Insured is a person temporarily traveling away from the Republic of Kazakhstan;

Medical Expenses - means inevitable necessary expenses incurred by Insurant/ Insured outside the territory of the Republic of Kazakhstan due to receiving urgent medical aid: diagnosis of the disease, emergency outpatient care and / or emergency hospitalization, emergency medicinal treatment aimed at cupping with acute symptoms of the disease, given and/or prescribed by a skilled practicing physician which cannot be delayed until Insured person's coming back to the Republic of Kazakhstan as far as such delay in delivery of medical aid may cause severe and irreversible states of the organism including possible lethal outcome;

Medical evacuation is the organization of the departure of the Insured from the insurance territory to the Republic of Kazakhstan by the Service Company in the event that the Insured, on the basis of the order of qualified employees of the Service Company, was forced to return early and could not use the return ticket or medical support of the Insured, organized by the Service Company, on the day of departure to The Republic of Kazakhstan;

Accident - a sudden, short-term event (incident) that occurred against the will of a person as a result of mechanical electrical or thermal impact on the body of the Insured, resulting in harm to health, injury or death;

Deceased Body Repatriation - means organization of transportation of Insured person's deceased body to the international airport in the Republic of Kazakhstan, which is the nearest one to the place of burial or to an international airport of country of citizenship. Expenses for deceased body repatriation are covered within the limits of the insurance amount defined in this Insurance Contract excluding expenses for funeral and interment;

Service Company - means a legal entity, which according to the contract with Insurer, accepts responsibility to perform organization, coordination and control of Insured person's provision of services foreseen in the Insurance Contract on the territory of insurance defined in Part 1 of this Contract;

Insurant - means a person who has signed a contract of insurance with Insurer and has paid the rate of insurance. Unless otherwise defined in the Contract of Insurance, Insurant is also the Insured person;

Insurance Payment - means an amount of money paid by Insurer to Insurant (Beneficiary) within the frames of Insurance Amount upon the occurrence of an insured event;

Insurance Premium - means an amount of money Insurant is obliged to pay to Insurer for Insurer's taking responsibility to perform Insurance Payment to Insurant (Beneficiary) in amount defined in the Contract of Insurance;

Insurance amount (liability limit) - means amount of money the object of insurance is insured in which defines the ceiling of Insurer's responsibility upon the occurrence of an insured event;

Insured Event - means an event having signs of probability and casualty of its occurrence upon occurrence of which Insurer's responsibility to perform Insurance Payment foreseen in the Insurance Contract comes into life;

Insurer - Joint Stock Company «Insurance Company «Sentrans Insurance»;

Territory of Insurance - means the territory Insurance protection of the Contract is applied to. The notion «Territory of Insurance» doesn't include the territory of the Republic of Kazakhstan, as well as the Insured person's territory of residence, territory of the country Insured person is citizen/ resident of;

Injury - means a body harm, hurt, sprain, wound, break, disruption of a body organ or tissue, dislocation (excluding a usual dislocation occurring repeatedly caused by small strength or during a certain movement in joint), burn, frostbite, thermal shock, drowning, organism overcooling, sudden suffocation in the result of casual penetration of a foreign body to the respiratory tract, electric shock or lightning stroke, injury received in the result of contacts with animals, plants or insects;

Transportation costs – means costs of trucking, evacuation or deceased body repatriation;

The emergency outpatient care is the emergency medical care providing for the purpose of restoration and support of vital function of body and it cannot be delayed for more than 2 (two) hours.

The emergency hospital admission is the emergency medical care (including surgical management and pharmaceutical treatment) which should be provided immediately and cannot be delayed for more than 2 (two) days after the occurrence of the case. Failure or delay in the delivery of health care will entail the development of irreversible severe conditions of the body up to death.

Epidemics/Pandemics - means a mass and progressive in time and space distribution of an infectious disease of people on a certain territory exceeding a sickness rate usually registered on this territory.

SECTION 3. OBJECT OF INSURANCE

3.1. The notion Object of Insurance covers property interests of Insurant (Insured person) complying with legislation of the Republic of Kazakhstan and connected with medical expenses caused by sudden disease and/or other injuries of health of Insurant (Insured person) in the period of his being away from the territory of the Republic of Kazakhstan during the period of insurance on the territory defined in the Insurance Contract.

SECTION 4. INSURED EVENT

4.1. The insured event is an event that resulted in the occurrence of medical expenses, specified in the Insurance Contract, within the period of its validity and during stay of the Insured party on the insurance territory caused by Insured party medical resource utilization as a result of sudden illness. Costs are subject to compensation by the Insurer in accordance with Section 11 of the Insurance Contract.

SECTION 5. EXCEPTIONS FROM INSURED EVENTS, LIMITS OF INSURANCE

5.1. People who are 81 (eighty-one) years and more at the time of entering into the Insurance Contract cannot be accepted for insurance cover

5.2. Insurer is not liable for performing insurance payment for covering expenses carried by Insurant and/or Insured person on the territory of insurance if these expenses are connected with:

- 1) deteriorating health or death of Insured person connected with diseases he had acquired before initiation of the Term of Insurance regardless of whether he had received treatment or not; Insurer isn't liable for covering expenses connected with this treatment he is neither liable if traveling is contraindicated for the Insured person on health grounds and/or could worsen the state of disease he had received before (could be the reason of exacerbation of the disease available);
- 2) congenital anomalies and malformations;
- 3) diagnosis and treatment of chronic diseases, aggravation, consequences and complications of such diseases excluding sudden aggravations which present a direct threat for Insured person's life;
- 4) venereal diseases and other sexually transmitted diseases;
- 5) mental illnesses and disorders and their aggravations, affective and neurotic aggravations;
- 6) malignant neoplasms, benign neoplasms of any organs and systems of the organism;
- 7) Insuring of Insured person's health or death in the result of natural disasters or connected with especially dangerous infections (in case of epidemics or pandemics officially announced by the authorized body before traveling), as well as with infectious and parasitic diseases (except for intestinal and children's infections) including tuberculosis, brucellosis, viral hepatitis, atypical pneumonia as well as with actions and solutions of State bodies of power announced before traveling;
- 8) intended goal to receive a survey and/or treatment on the Territory of Insurance;
- 9) state of pregnancy, childbirth, abortion (excluding cases representing direct threat for Insured person's life and in case if the term of pregnancy doesn't exceed 12 (twelve) weeks) and menstrual cycle disorders;
- 10) bodily injury (worsening the health status) or death of Insured person in cases listed below (except for cases when this risk has been paid additionally):
 - Insured person's performing various forms of heavy (harmful) work as well as doing professional or amateur sport;
 - Insured person's taking part in various competitions (trials, contests); depending on Insured person's age;
 - by age of the Insured;
- 11) health injury (worsening the health status) or death of the Insured person connected with any consequences of wars (declared or not declared), military actions, maneuvers and other military events, civil war, antiterrorist operations, popular tumults of various kinds or strikes, impact of nuclear explosion, radiation or radioactive contamination;
- 12) organization of individual post at the patient's bedside, domiciliary nursing or nursing at a hotel performed by a nursing sister;
- 13) evacuation in case of insignificant diseases or injuries which can be treated topically and do not prevent Insured person from further traveling;
- 14) any evacuation and / or repatriation not agreed with the Insurer, as well as expenses incurred as a result of the voluntary refusal of the Insured from evacuation to the country of permanent residence (citizenship);
- 15) plastic or reconstructive surgery, orthopedics, surgical interventions connected with cardiac diseases, vessels, nervous system, angiography even if there are medical conditions for their execution, transplantation of organs and tissues by means of extracorporeal methods of treatment;
- 16) expenses for materials for osteosynthesis, with the selection, repair and purchase (provision) of glasses, contact lenses, hearing aids, the acquisition of prosthetic and orthopedic devices, glucometers, and other medical products, as well as the acquisition of biologically active supplements;
- 17) any kind of prosthetics, osteosynthesis and osteoplasty;
- 18) rendering services which are not necessary for urgent aid from medical point of view or which are not prescribed by the physicians;
- 19) diagnostics and treatment by means of alternative methods of treatment;
- 20) sanatorium-resort care, sanatorium fiduciary nursing;
- 21) by any preventive examination, treatment and control over it, general medical examination, re-examination, vaccination, removal of sutures, ligation with expenses for medical treatment appointed by the doctor with the purpose of continuing treatment, after providing the Insured with emergency out-patient care (except in cases related to the deterioration in the condition after emergency care);
- 22) treatment of Insured person's sunburns;
- 23) HIV infection;

- 24) Insured person's service in armed forces of any country;
- 25) receiving services of nonmedical nature including telephone conversations excluding exchange of calls and faxes with insurer or Insurer's representative conditioned with occurrence of Insured Event
- 26) commitment or attempt to commit an illegal act which caused an administrative penalty or criminal persecution of Insured person in accordance with the active legislation of the country of temporary residence;
- 27) treatment or care for Insured person performed by his relatives;
- 28) rendering services by medical institution or a physician not having an appropriate license or if the license is suspended at the moment of treatment;
- 29) rendering medical aid to Insured person If this aid was rendered by a physician of a sport team or provided by organizers of competitions and training meetings in case of going abroad for the purpose of taking part in sport competitions and meetings;
- 30) accident which occurred while driving a transport vehicle by Insured person without rights to drive this vehicle;
- 31) health injury (worsening the health status) or death of the Insured person in the result of intentional self-injuring, taking alcoholic beverages and narcotic or other substances (drugs) and/or consequences (complications) in the result of taking such substances as well as in the result of unreasonable imperilment (excluding attempts to save other person's life);
- 32) diseases occurring in the result of natural and technogenic disasters;
- 33) psychological damage reimbursement, loss of profit and payment of a penalty;
- 34) other expenses are not connected with occurrence of an Insured Event.

SECTION 6. RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE PARTIES

6.1. The Insurer is obliged to:

- 1) acquaint the Insurant with the insurance terms;
- 2) make an insurance payment in the amount, order and terms established by the Contract upon occurrence of an insured event;
- 3) ensure the insurance secrecy;
- 4) make out the Contract to the Insurant, and upon a duplicate its loss;
- 5) meet the expenses of the Insurant (the Insured) incurred by him to reduce losses in the case of an insured event;
- 6) record the occurrence of the insured event;
- 7) make out the certificate to the Insurant (the Insured) or other person who is the Beneficiary, the missing documents therein, in case of submitting incomplete package of documents needed for insurance payment, within 3 (Three) business days from the date of receipt of documents.
- 8) not to conduct and / or suspend operations for the implementation of the insurance payment, upon the return of the insurance premium upon early termination of the Agreement by the Insurant, in cases stipulated by the Law of the Republic of Kazakhstan "On Countering the Legalization (Laundering) of Proceeds from Crime and Financing of Terrorism";
- 9) perform other duties stipulated by the Contract and the legislation of the Republic of Kazakhstan.

6.2. Insurer has a right:

- 1) for the timely payment of insurance premiums;
- 2) to receive from Insurant information concerning circumstances being essentially important for definition of Insured Event occurrence and the relative extent of possible danger (Insurance Risk) if these circumstances are not known and should not be known to the Insurer;
- 3) to check information presented by Insurant as well as to check execution of terms and requirements of this Insurance Contract by Insurant;
- 4) to perform a pre-term termination of the Insurance Contract in accordance with the procedure and in terms defined in this Insurance Contract;
- 5) to completely or partially refuse Insured Payment in cases defined in this Insurance Contract and by the legislation of the Republic of Kazakhstan;
- 6) to claim for information necessary from Insurant to establish the fact of the insured event, the circumstances of its occurrence;
- 7) to independently clarify reasons and circumstances of a case having signs of an insured Event as well as to direct inquiries to competent authorities;
- 8) upon Insurant's consent to undertake dealing with legal proceedings on behalf of and in the name of Insurant;
- 9) in the event of an increase in the degree of risk, require the amendment of the terms of the Contract or the payment of an additional insurance premium commensurate with the increase in risk. If Insurant resists bringing changes to conditions of this Insurance Contract or performing additional payment of insurance premium Insurer has a right to claim for termination of this Insurance Contract in accordance with the procedure and terms foreseen by the Rules and this Insurance Contract;
- 10) to use the services of an independent expert to assess the amount of damage to the health of the victim, determine the amount of insurance payment in the event of an insured event;
- 11) to present the right of the reverse claim to the person responsible for for damage occurrence in cases foreseen by the Rules, this Insurance Contract and acting Laws of the Republic of Kazakhstan;
- 12) to claim for rescission of this Insurance Contract in cases foreseen by acting Legislation of the Republic of Kazakhstan;
- 13) to perform other actions not contradicting to the active Legislation of the Republic of Kazakhstan.

6.3. Insurant is obliged:

- 1) to pay Insurance Premium in accordance with the amount, procedure and in terms of terms determined in this Insurance Contract;

- 2) to inform Insurant about occurrence of an Insured Event in accordance with the procedure and in terms defined in this Insurance Contract;
- 3) to take measures aimed at mitigation of damage caused by the Insured Event;
- 4) to inform Insurer about all acting contracts of insurance or contracts of insurance being in the course of concluding and the whole period of validity of this Insurance Contract;
- 5) to render assistance to Insurer representative in the definition of amount of damage, reasons and other circumstances of the Insured Event;
- 6) to return to the Insurer the insurance payment received in full or in part, if during the limitation period there is discovered such a circumstance that according to the current legislation of the Republic of Kazakhstan, the Insurance Contract completely or partially deprives the Beneficiary / Insurant of the right to receive insurance payment;
- 7) to ensure the safety and transfer of the necessary documents to the Insurer regards to the Insurance Contract, documents related to the insured event, as well as documents, evidence and information required for the Insurer to exercise the right of claim for damages (subrogations) to the person guilty of the insured event;
- 8) if Insurer considers it necessary to appoint its representative for protection of interests of both Insurer and Insurant (Insured person) in connection with occurrence of Insured Event Insurant is obliged to issue a corresponding power of attorney and / or other documents necessary for protecting these interests to persons defined by Insurer; Insurer has an insurant person in connection with Insurant Event occurrence;
- 9) to inform Insurer about insured risk status;
- 10) upon Insurer's request to present documents about the state of his health for the period of time preceding the occurrence of the Insured Event;
- 11) to release physicians of medical institutions from confidentiality obligations to Insurer regarding the Insured Event;
- 12) to follow instructions of Service Company coordinator, physicians, Insurer;
- 13) to present Insurer with all necessary information including medical and other documents related to the Insured Event and necessary for Insurer's clarifying all circumstances connected with the Insured Event;
- 14) to familiarize the Insured with the terms of the Contract;
- 15) not to perform actions directed against interests of Insurer as well as: not to accept any liabilities or proposals without insurer's consent, not to perform any payments aimed at covering damage caused to Beneficiary and not to enter into recognizances concerning amounts and terms of payment related to the Insured Event without insurer's written consent excluding actions on organization of life-saving operations and actions aimed at reducing the rate of damage;
- 16) to fulfill conditions of Insurance (breach of conditions of this Insurance Contract by Insured people is considered as a breach of this Insurance Contract by Insurant himself).

6.4. Insurant has a right:

- 1) to get familiarized with the terms for Insurance and conditions of this Insurance Contract;
- 2) to receive this Insurance Contract or its duplicate (if the original copy is lost);
- 3) to receive insurance payment in the event of an insured event, in the manner and within the terms provided for by the terms of the Contract;
- 4) to challenge in accordance with the active Legislation of the Republic of Kazakhstan Insurer's decision about refusal of Insurance Payment or reduction of its amount;
- 5) for secrecy of insurance;
- 6) to claim for clarification of conditions and the procedural order of this Insurance Contract to be presented by Insurer
- 7) to demand from medical institutions rendering medical services defined in this Insurance Contract. In case of refusal to render these medical services, Insurant (Insured person) should immediately inform Insurer (Service Company) about this fact. If Insurant (Insured person) hasn't got such opportunity Insurer may be informed by any person authorized by Insurant (Insured person) at the instance of Insurant (Insured person);
- 8) Insurant's right to receive Insurance payment from Insurer in accordance with this Insurance Contract arises in case of an Insured Event occurrence with respect to medical programs of insurance chosen by Insurant;
- 9) to receive from Insurer reimbursement of expenses incurred by Insurant for the purpose of preventing or reducing damage caused by the Insured Event;
- 10) for pre-term termination of this Insurance Contract;
- 11) to substitute Insured person during working time before insurant's (Insured person's) departure to the Territory of Insurance providing a written notification tor Insurer by means of filing an application in case when in accordance with the Insurance Contract insured is not Insurant but another person (unless otherwise provided by this Insurance Contract);
- 12) to substitute Beneficiary who is not Insured person with another person until occurrence of Insured Event providing a written notification tor Insurer. Beneficiary cannot be substituted with another person after he has performed certain obligations on this Insurance Contract presupposed by his agreement with Insurant or after he has presented a claim tor execution of Insurance Payment;
- 13) to perform other actions not contradicting to the active legislation of the Republic of Kazakhstan.

6.5. Rights and liabilities of the Parties defined in this article are not exhaustive and the Parties also have rights and bear liabilities in accordance with other articles of this Contract of Insurance.

SECTION 7. CONSEQUENCES OF INCREASING INSURANCE RISK

7.1. During the term of the Contract, the Insurant (the Insured) is obliged to immediately inform the Insurer of the significant changes that have been made to him in the circumstances notified to the Insurer when entering into the Contract, if these changes could significantly affect the increase in insurance risk.

7.2. The Insurer notified of the circumstances that cause an increase in the insured risk has the right to demand changes in the terms of the Contract and / or payment of an additional insurance premium commensurate with an increase in the insured risk, or deny insurance.

7.3. If the Insurant or the Insured object to changing the terms of the Contract and (or) additional payment of the insurance premium, the Insurer has the right to demand termination of the Contract in accordance with the legislation of the Republic of Kazakhstan.

7.4. If the Insurant or the Insured fails to comply with the requirements of clause 7.1. of this section, the obligations, the Insurer has the right to demand termination of the Contract and compensation of losses caused by this termination.

7.5. The Insurer does not have the right to demand the termination of the contract if the circumstances that lead to an increase in the insurance risk have already disappeared.

SECTION 8. RELATIONSHIP OF THE PARTIES IN CASE OF INSURED EVENT (ACCIDENT) OCCURRENCE

8.1. Burden of evidence of Insured Event occurrence and damage caused by this Insured Event is considered to be the duty of Insurant (Insured, Beneficiary).

8.2. Beneficiary has a right to inform Insurer about Insured Event occurrence in all circumstances regardless of whether Insurant or Insured person has performed this.

8.3. In case of Insured Event occurrence, the Insured is obliged to promptly contact Service Company and/or Insurer and to present following information:

- 1) surname, name;
- 2) Contract number and period of validity;
- 3) name of the Insurer;
- 4) location (country, city);
- 5) contact phone numbers;
- 6) a brief description of Insured Event circumstances and possible nature of required medical aid.

8.4. After receiving instructions from Service Company and/or Insurer the Insured must act in strict compliance with instructions received.

8.5. In case of Insured Event Occurrence Service Company on behalf of Insurer provides to Insured person delivery of medical aid as well as other additional services defined in this Insurance Contract.

8.6. In case of emergency if Insured person hasn't managed to contact the Service Company and has to independently cover medical expenses Insured person is obliged to inform Insurer about the case by phone or via E-mail using E-mail address defined in this Insurance Contract within 48 (forty eight) hours and to present the following information:

- 1) the Insured's full name (surname, name and patronymic), permanent residence address and citizenship;
- 2) Contract number and period of validity;
- 3) name, address and telephone of medical institution the Insured has been sent to;
- 4) name, surname, address and telephone number of Insured physician in charge;

8.7. In case of emergency if for some valid reasons (technical etc.) Insured person hasn't managed to contact Service Company and/or Insurer he has got a right to consult any physician at any medical institution and to independently cover the expenses for medical aid rendered to him. After that Insured person has got a right to present respective documents to Insurer for taking decision about acceptance/refusal of Insurance Payment execution. The list of documents and deadlines for submittal are presented in section 9.

SECTION 9. LIST OF DOCUMENTS TO CONFIRM THE INSURANCE OF THE INSURED EVENT AND SIZE OF LOSSES

9.1. In order to receive Insurance Payment in a situation when Insured person has independently covered expenses for medical services rendered to him within 5 (five) business days after coming back to the Republic of Kazakhstan he must present Insurer with written application about occurrence of an Insured Event as well as with documents necessary for execution of Insurance payment:

- 1) Insurant's/Insured application;
- 2) Original copy of this Insurance Contract or its duplicate;
- 3) documents identifying personality of Insurant/Insured;
- 4) medical documents confirming medical aid rendered to Insured:

In the case of providing the Insured with emergency out-patient polyclinic care, emergency hospitalization, dental treatment:

- original or a notarized copy of documents confirming medical assistance provided to the Insured with indication of the insured name, the established diagnosis and the results of the examination, certified by the seal of the medical institution;
- the original of the invoice, receipt for the tax purposes, formal sales receipt or other document confirming payment;

In case of medical evacuation of the Insured:

- the original of the recipe with the full name of the Insured, with the provision of documentary confirmation of the diagnosis, certified by the seal of the medical institution;
- the original of the invoice, receipt for the tax purposes, formal sales receipt or other document confirming payment (indicating the name of each drug, quantity, date of purchase and cost for each unit);
- 5) in case of the Insured deceased body repatriation Insurant/Beneficiary must also present:
 - death certificate original or a notarized copy;
 - copies of documents foreseen in legislative acts containing information about the reason of Insured person's death;
 - a document confirming Beneficiary's right for receiving Insurance Payment;

6) in case of an extra visit of a third party in an emergency situation:

- originals or copies of tickets conforming this extra visit of the third party;

7) in case of medical evacuation of the Insured:

- list of documents in accordance with paragraphs 1-4, paragraphs 6 and 8 (as appropriate) of this section of the Contract;

8) in case of Insured person's children coming back:

- originals or copies of tickets confirming Insured person's children coming back to the country of residence (of citizenship)

9.2. In the case of failure to provide the Insurant / Insured of an application for the occurrence of an insured event and documents necessary for insurance payment within five days after the arrival in the country of a permanent place of residence, the Insurer has the right to refuse an insurance payment.

9.3. The Insurer may request other documents from the Insured, in addition to the listed documents, if, in the circumstances, the absence from the Insurer of the requested documents makes it impossible (or extremely difficult) for him to establish the fact and causes of the insured event and determine the amount of damage, within the terms stipulated by the Insurance Contract.

9.4. For the reimbursement of expenses when the medical services rendered to the Insured have been paid by the Service Company, the documents are provided by the Service Company in accordance with the list of documents specified in the Contract to the Insured.

SECTION 10. DETERMINATION OF INSURANCE PAYMENT AMOUNT. TERMS AND CONDITIONS OF INSURANCE PAYMENT EXECUTION

10.1. Insurance Payment for reimbursement of Insured person's medical expenses in the country of visit paid by Insurance Company (for rendering medical services and for other expenses of Insured person in case of Insured Event occurrence foreseen by this Insurance Contract) is executed by means of Insurer's payment of bills presented by Insurance Company in accordance with conditions of this Insurance Contract.

10.2. The following Insured person's expenses are subject to compensation:

1) costs resulted from the insured party presentation for the emergency outpatient care which cannot be delayed for more than two (two) hours according to the attending medical doctor and is necessary under emergency care or pharmaceutical treatment (including examination, professional medical advice in the outpatient setting);

2) costs resulted from the emergency hospital admission, emergency surgical management (excluding operational intervention which according to attending medical doctor cannot be delayed for more than 2 (two) days and are necessary under emergency care);

3) expenses for emergency medical treatment aimed at cupping with acute symptoms of the disease, and / or prescribed by a qualified practicing physician in the framework of out-patient care. The insurance amount (sublimit) for emergency medication is 30 (thirty) Euros;

4) expenses for dental treatment: examination, X-ray examination or tooth filling conditioned by occurrence of sharp toothache or injuries received in the result of an accident. Insurance amount (sublimit) for dental treatment is 100 (one hundred) Euro;

5) expenses of Insured person's transportation:

a. medical transportation to a medical institution on the Territory of Insurance in case of Insured Event occurrence;

b. evacuation from the place of his stay to the hospital which is the nearest one to the airport of direct international traffic in the country of his permanent residence. At the same time Insurer has a right to claim for paying back the cost of the unused air ticket (tickets) bought independently but not used due to Insured Event occurrence;

6) expenses on transportation of third parties:

if Insured person traveling alone is hospitalized on the Territory of Insurance and in Service Company physician's judgment his state is viewed upon as critical Insurer should present to a person being an immediate relative (mother, father, brother, sister, son, daughter) or the husband (wife) of Insured person a return economy class air ticket to the checkpoint being the nearest one to the place of Insured person's stay) for attending the patient. This person's living expenses in the country of hospitalization are not covered by insurer;

7) expenses connected with Insured person's children coming back:

if children dependent on Insured person stay off-hand on the Territory of Insurance because of an accident with Insured person, Insurer must pay for children's economy class transportation to the airport of direct international traffic to the country of Insured person's permanent residence (citizenship). At the same time Insurer has a right to claim for paying back the cost of the air ticket (tickets) for children bought independently but not used due to Insured Event occurrence;

8) expenses connected with Insured person's deceased body repatriation.

a. legal arrangements and expenses on autopsy, embalming, coffin necessary for international transportation;

b. transportation of deceased body to the airport of direct international traffic which is the nearest one to the place of probable burial place in the country of Insured person's permanent residence.

10.3. The insurer shall not bear the costs of ceremonial services and burial of the Insured.

10.4. Insurance payment on independently paid medical expenses of Insured person is performed providing Insured person's observance of the following conditions:

1) claim for Insurance Payment to Insurer is laid by Insurant or another person being Beneficiary in a written form (application on insurance payment) with documents provided necessary for Insurance Payment execution in accordance with terms and conditions of this Insurance Contract;

2) if insured person has provided a package of documents not sufficient for Insurance Payment Execution Insurer should inform Insurant (Insured person) within 3 business days about missing documents necessary for execution of Insurance Payment;

3) package of documents presented for execution of Insurance payment is considered complete from the date of Insurer's company receiving the last necessary document.

10.5. Insurance payment is performed in tenge in accordance with terms and conditions defined by the active Legislation of the Republic of Kazakhstan and this Insurance Contract to the bank account specified by the recipient of Insurance Payment if incurred expenses were paid by Insured person independently. Expenses for Insurance Payment transfer is performed at Insurer's expense if this transfer is performed within the territory of the Republic of Kazakhstan.

10.6. Expenses incurred by Insurant for the reason of preventing or reducing damages are to be covered by Insurer if these expenses were necessary or were done for the reason of following instructions of Insurer even if measures taken appeared to be unsuccessful. Such expenses are covered in actual amount but at the same time the total amount of Insurance Payment and covering the expenses shouldn't exceed Insurance Amount determined in this Insurance Contract; if expenses arose as a result of Insurant's following instructions of Insurer they are to be covered in full amount regardless of Insurance amount.

10.7. In case of institution of criminal proceeding directly connected to Insured Event Insurer has a right to postpone Insurance Payment until the date of law-enforcement authority's decision about termination of this criminal proceeding or until the date of court decision.

10.8. Amount of damage caused in the result of Insured Event occurrence on application filed by Insurant/Insured person/Beneficiary or their representative is defined (assessed) by Insurer on the basis of documents presented. In case of necessity amount assessment of damage may be carried out by an insurance adjuster (independent expert). In case of disagreement with results of assessment of damage amount, the Parties have a right to prove the opposite.

10.9. After Insurant's (Insured person's) presenting all necessary documents listed in paragraph 9.1, Section 9 of this Contract related to the Insured Event within 10 (ten) business days Insurer should take decision concerning reimbursement of these expenses or motivated refusal to perform such reimbursement if services were not rendered in accordance with special prescriptions (standards).

10.10. Calculation of Insurance Payment is performed on the basis of original receipts and bills in accordance with the official exchange rates of the National Bank of the Republic of Kazakhstan on the date of Insured Event occurrence.

10.11. Insurance payment should be performed not later than 10 (ten) business days after taking the respective decision about Insurance Payment execution. In case of taking decision to refuse Insured Payment Insurer should promptly inform Insurant (Insured person) about it indicating reasons of this refusal; this must be done within the same time frames. Insurer's refusal to execute Insurance Payment can be appealed to the court.

10.12. Insurer has a right to partially or completely refuse execution of Insurance Payment in the following cases:

1) Insurant's (Insured person's) actions aimed at occurrence of Insured Event or promoting such occurrence excluding actions performed for necessary defense or due to extreme necessity;

2) non-compliance with deadlines defined in this Insurance Contract for provision of documents;

3) Insurant's (Insured person's or their representative's) failing to inform or untimely informing Insurer about occurrence of Insured Event in accordance with the procedure and time frames defined by the terms and/or this Insurance Contract;

4) if Insurant (Insured person) had an opportunity but failed to present documents and information necessary for clarifying reasons and nature of the respective Insured Event and its relation to consequences (results), or if Insurant (Insured person) presented willful false proofs;

5) intentional failure by Insurant (Insured person) to take measures for mitigation of damage caused by Insurance Event;

6) if Insurant while concluding this Insurance Contract was willfully aimed at receiving improper advantage including the case of concluding this Contract after occurrence of an Insured Event;

7) Willfully false information presented by Insurant to Insurer concerning Object of Insurance, Insurance Risk, Insured Event and its consequences;

8) Insurant's (Insured person's) hampering in the process of clarifying circumstances of Insured Event occurrence and calculation of damage amount caused;

9) Insurant's abandonment of his right of exoneration to the person responsible for Insured Event occurrence as well as refusal to present to Insurer documents necessary for passing exoneration to Insurer. If Insurance Payment has already been performed Insurer has a right to claim for its paying back in full amount or partially;

10) Insurant's (Insured person's) violation of terms and conditions of this Insurance Contract and active Legislation of the Republic of Kazakhstan;

11) Insurant's (Insured person's) actions defined as deliberate crime or administrative violations connected with the Insured Event in accordance with rules defined in legislative acts;

12) Insured person's not following recommendations given by Service Company coordinator, physician, as well as noncompliance with rules of behavior in a medical institution in case of availability of regulations in the medical report;

13) if the Insured Event occurred not in the Territory of Insurance and not during the period of validity of this Insurance Contract;

14) if premium on risks defined in subparagraph 10, paragraph 5.2. section 5 of this Contract hasn't been paid taking into account correction factor

15) on other grounds foreseen by the Legislation of the Republic of Kazakhstan and this Insurance Contract.

10.13. Insurer is excused from performing Insurance Payment if Insured Event occurred in consequence of:

1) doing military service or studying at military or law enforcement institutions;

2) any military actions or their consequences, civil war, revolution, rebellions, revolts or usurpation of power, taking under arrest, civil disturbances, mass riots, strikes, lockouts and their consequences;

3) acts of terrorism or political violence;

4) nuclear explosion, radiation or radioactive contamination;

- 5) Insurant's (Insured person's) rejection to follow prescriptions provided by physician as well as rejection of transportation and evacuation;
 - 6) Insurant's (Insured person's) actions performed in the state of alcohol, toxic or narcotic intoxication or while being under the influence of psychotropic drugs as well as consequences of such actions.
- 10.14. Insurer has a right to refuse Insurance Payment on other grounds foreseen by the Civil Code of the Republic of Kazakhstan and this Insurance Contract.
- 10.15. Insurer's release of Insurance liability to Insurant on the ground of his unlawful actions defined. In this section simultaneously presupposes Insurer's release from performing Insurance Payment to Insured Person.
- 10.16. For an untimely performance of Insurance Payment Insurer bears responsibility in accordance with article 353 of the Civil Code of the Republic of Kazakhstan.

SECTION 11. TERMINATION CONDITIONS OF THIS INSURANCE CONTRACT

11.1. This Insurance Contract is considered terminated in the following cases:

- 1) expiration of validity period for this Insurance Contract.
- 2) fulfillment of Insurer's obligations (Insurer's execution of Insurance Payments) in Insurance Amount according to this Insurance Contract);
- 3) pre-term termination of this Insurance Contract
- 4) in other cases, foreseen by the Legislation of the Republic of Kazakhstan and this Insurance Contract.

11.2. In addition to general grounds for termination of obligations this Insurance Contract can be terminated before the appointed date in the following cases:

- 1) if the Object of Insurance doesn't exist anymore;
- 2) death of Insured person who is not Insurant if his substitution hasn't occurred;
- 3) if possibility of Insured Event occurrence stands no longer and Insurance risk doesn't exist anymore in accordance with circumstances other than Insured Event;
- 4) entry into legal force of a court decision about Insurer's compulsory liquidation excluding cases determined by the Law of the Republic of Kazakhstan "About Insurance Activities";
- 5) in cases determined by the Law of the Republic of Kazakhstan "About Insurance Activities".

In cases listed above this Insurance Contract is considered terminated from the moment of occurrence of a circumstance determined as a reason for termination of this Insurance Contract; the interested Party must inform the other Party about this.

11.3. The Parties has a right for pre-term termination of this Insurance Contract. The Parties should inform each other about intention of pre-term termination of this Insurance Contract not later than 1 (one) business day prior to the probable date of this termination. In this case this Insurance Contract is never more effective (valid) from the date following the date of notification about termination of this Insurance Contract.

11.4. Insurant has a right to refuse this Insurance Contract any time. In case of Insurant's refusal of this Insurance Contract (if it is not connected with circumstances determined in paragraph 11.2 of section 10 of this Contract) Insurance Premium is not to be paid back unless otherwise provided in this Insurance Contract.

11.5. In cases when pre-term termination of this Insurance Contract is caused by Insurer's breach of its conditions Insurer must pay the Insurance Premium back to Insurant in full amount.

11.6. In case of Insurant's refusal of this Insurance Contract before the inception date of this Insurance Contract:

- 1) owing to the Embassy refusal to open visa Insurer should pay Insured Premium back to Insurant in amount of 100% At that Insurant must present Embassy refusal (original copy) before the inception date of this Insurance Contract;
- 2) owing to epidemics and pandemics officially announced by an authorized body and/or owing to announcement about the start of hostilities, maneuvers or other military operations on the Territory of Insurance alter inception of this Insurance Contract but before Insured persons' departure to the Territory of Insurance Insurer should pay the Insured Premium back to Insurant in amount of 100%
- 3) owing to other reasons, Insurers should pay Insurance Premium back to Insurant excluding 25% for reimbursement of incurred expenses and expenses for proceedings.

11.7. In case of Insurant's refusal of this Insurance Contract after its inception the paid Insurance Premium is not to be paid back.

11.8. In case of liquidation of Insurer Insurance Premiums are paid back in accordance with the sequence of creditors' claims satisfaction defined by the Legislation of the Republic of Kazakhstan about insurance and insurance activity.

SECTION 12. DISPUTE SETTLEMENT PROCEDURE

12.1. Disputes under the Insurance Contract arising between the Insurer and the Insurant (the Insured, the Beneficiary) are resolved by the parties through negotiations.

12.2. If there is no agreement between the parties, the dispute is resolved in court, in accordance with the legislation of the Republic of Kazakhstan.