

## Типовые условия страхования

Настоящими типовыми условиями страхования (далее - Условия) Акционерное Общество «Страховая Компания «Сентрас Иншуранс» (далее – Страховщик), предлагает Страхователю заключить договор страхования путем присоединения Страхователя к Условиям разработанным Страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и оформления Страховщиком Страхователю страхового полиса в электронной форме (далее-Страховой полис).

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 страхования. Условия разработаны на основании Правил добровольного страхования на случай болезни АО «Страховая Компания «Сентрас Иншуранс».

### ЧАСТЬ II. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

#### ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПОНЯТИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Амбулаторно-поликлиническая помощь** - медицинская помощь, оказанная Застрахованному врачами общего профиля и/или узкой специализации в условиях амбулатории, поликлиники.

**Врачи и/или медицинские организации из списка Страховщика** - лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы, аптеки, стоматологии, лечебно-диагностические центры, ССМП, республиканские специализированные центры медицины, клиники НИИ, частные медицинские организации) и /или врачи, осуществляющие амбулаторно-поликлиническое или стационарное лечение на основе государственной лицензии Республики Казахстан и с которыми Страховщик или медицинская сервисная компания заключили соответствующий Договор на оказание медицинских услуг Застрахованным.

**Выгодоприобретатель** - лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты. Выгодоприобретателем по Договору страхования может быть медицинская организация, Застрахованный, Страхователь.

Договор страхования - документ, регламентирующий отношения между Страховщиком и Страхователем.

**Диагностические показания** - показания для проведения комплекса мероприятий, необходимых для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клинические обследования).

**Застрахованный** - лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.

**Заболевание** - нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями.

**Инструментальные исследования** - диагностические исследования с помощью специального медицинского оборудования или аппаратов (например, для рентгенографии, УЗИ, ЭКГ, фиброгастроскопии, томографии и т.п.).

**Интернет-ресурс** - электронный информационный ресурс, отображаемый в текстовом, графическом, аудиовизуальном или ином виде, размещаемый на аппаратно-программном комплексе, имеющий уникальный сетевой адрес и (или) доменное имя и функционирующий в Интернете. Интернет-ресурс Страховщика размещен по адресу: [www.kupipolis.kz](http://www.kupipolis.kz)

**Карточка медицинского обслуживания** (далее - Карточка) - персонифицированный документ, подтверждающий право получения Страхователем (Застрахованным) медицинских услуг в соответствии с Договором страхования в медицинских учреждениях и у врачей, входящих в медицинскую сеть Страховщика.

**Категория списания** - перечень медицинских услуг, объединенных в отдельную позицию по покрытию, указанных в Программе страхования, с возможным указанием лимита страховой суммы. Категорией списания могут быть амбулаторно-поликлиническая помощь, лечебный массаж, стоматология и тд.

**Лабораторные исследования** - диагностические исследования и анализы, проведенные в лабораториях лечебно-профилактических учреждений и служащие для уточнения и постановки диагноза при возникновении Заболевания.

**Лечебные показания** - медицинские показания, когда необходимо лечение возникших патологических состояний организма человека, которые могут привести к осложнениям и ухудшению состояния, но на момент обращения не требуют неотложной медицинской помощи

**Медицинский ассистанс** - юридическое лицо, заключившее договор со Страховщиком и осуществляющее услуги по организации предоставления Застрахованным лицам медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования.

**Программа страхования** (далее - Программа) - перечень медицинских услуг, расходы по которым, в соответствии с условиями Договора страхования, подлежат компенсации Страховщиком.

**Профилактические показания** - показания для проведения комплекса мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний (например, вакцинация, профилактические осмотры).

**Стационарная помощь** - медицинская помощь, которая может быть оказана только при условии пребывания Застрахованного в стационаре в течение одних или более суток.

**Страховой случай** - событие, с наступлением которого Договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты.

**Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев.

**Страховая сумма** (лимит ответственности) - сумма денег, на которую застрахован объект страхования. Страховая сумма является предельным объемом ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.

**Страховая премия** - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату в размере, определенном Договором страхования.

**Страхователь** - лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком и оплатившее страховую премию.

**Страховщик** - АО «Страховая компания «Сентрас Иншуранс»

**Территория страхования** - территория, на которую распространяется страховая защита Страховщика по Договору страхования.

**Экстренные медицинские показания** - показания, при которых медицинская помощь должна быть оказана немедленно, а именно в первые сутки после возникновения случая, и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечёт за собой развитие тяжёлых необратимых состояний организма, вплоть до летального исхода.

**Участники медицинской сети** - медицинские организации, врачи, аптеки, которые заключили со Страховщиком или медицинской сервисной компанией специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и(или) медикаментов Застрахованным.

**Члены семьи** - прямые родственники Застрахованного: супруг (супруга), родители в возрасте до 65 лет и дети в возрасте от 1 года до 23 лет, если иное не предусмотрено Договором страхования.

## РАЗДЕЛ 1. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

1.1. Страховым случаем является возникновение расходов Застрахованного в результате его обращения (в период действия страховой защиты) в медицинские учреждения и (или) к врачам медицинской сети Страховщика, за получением консультативной, лечебной, иной медицинской помощи и (или) приобретением медицинских препаратов (далее – медицинские услуги) в связи острым заболеванием, обострением хронического заболевания или травмой, и возмещаемых Страховщиком в соответствии с условиями Договора и Программы страхования.

1.2. Возникновение расходов Застрахованного, связанных с получением медицинской помощи, относится к страховому случаю при условии, что медицинские услуги:

1.2.1. предоставлялись медицинскими учреждениями медицинской сети Страховщика (кроме случаев, предусмотренных Договором) и в соответствии с медицинскими показаниями;

1.2.2. являлись необходимыми и достаточными для диагностики и лечения заболевания Застрахованного.

1.3. Медицинскую сеть Страховщика представляют учреждения, указанные на Интернет-ресурсе Страховщика по адресу: [www.kupipolis.kz](http://www.kupipolis.kz), в личном кабинете застрахованного лица.

1.4. Для получения медицинских услуг Застрахованный обязан обратиться в сервисную компанию, организующую предоставление услуг медицинской сетью Страховщика (далее - медицинский Ассистанс), по контактам, указанным в страховой Карточке медицинского обслуживания (далее – Карточка) и действовать в соответствии с Регламентом действий Застрахованного при получении медицинских услуг, размещенным на Интернет-ресурсе Страховщика по адресу: [www.kupipolis.kz](http://www.kupipolis.kz), в личном кабинете застрахованного лица.

1.5. Настоящим Договором покрываются медицинские расходы Застрахованного, в том числе на амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарное лечение и иные, предусмотренные Программой страхования медицинские услуги.

1.6. Амбулаторно-поликлиническая помощь по лечебным показаниям – медицинская помощь, оказанная Застрахованным в условиях амбулатории (поликлиники) для лечения возникших патологических состояний организма человека, которые могут привести к осложнениям и ухудшению состояния, но на момент обращения не требуют неотложной медицинской помощи.

1.7. Амбулаторно-поликлинические услуги по экстренным показаниям включают в себя прием семейного врача, экстренные консультативно-диагностические мероприятия (в рамках выбранной Программы страхования) и лечебно-диагностические процедуры, необходимые для установки диагноза и направленные на немедленное купирование экстренного состояния.

1.8. Экстренными показаниями для оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются:

1.8.1. острая боль (боли в животе, боли в области сердца);

1.8.2. кровотечения;

1.8.3. травмы (переломы, ушибы и т.д.);

1.8.4. гипертермия выше 38,5°C;

1.8.5. абсцесс, панариций, иные гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;

1.8.6. ожоги и обморожения 1-2 степени;

1.8.7. острые аллергические состояния: крапивница, аллергический дерматит;

1.8.8. гипертонические кризы (неосложненные).

1.9. Стационарное лечение - организация круглосуточной медицинской помощи и ухода за больными, помещенными в специально оборудованное медицинское учреждение.

1.10. Стационарное лечение по лечебным показаниям - организация круглосуточной медицинской помощи и ухода за больными, помещенными в специально оборудованное медицинское учреждение по заболеваниям, не требующих неотложной медицинской помощи.

1.11. Стационарное лечение по экстренным показаниям - неотложная медицинская помощь (в том числе экстренное хирургическое и медикаментозное лечение), которая должна быть оказана немедленно и не может быть отложена более чем на двое суток после возникновения случая, и отказ или промедление в оказании

медицинской помощи повлечет за собой развитие тяжелых необратимых состояний организма, вплоть до летального исхода.

1.12. Экстренные показания к стационарному лечению:

1.12.1. бессознательное состояние;

1.12.2. наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;

1.12.3. ожоги и обморожения 3-4 степени;

1.12.4. острые травмы, требующие круглосуточного пребывания в стационаре;

1.12.5. отравления;

1.12.6. аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса);

1.12.7. судороги;

1.12.8. острые хирургические состояния;

1.12.9. острая почечная недостаточность;

1.12.10. острая печеночная недостаточность;

1.12.11. острая церебральная недостаточность;

1.12.12. острая дыхательная недостаточность;

1.12.13. острая сердечно-сосудистая недостаточность;

1.12.14. острый инфаркт миокарда;

1.12.15. гипертонический криз (осложненный);

1.12.16. нестабильная стенокардия;

1.12.17. шок любой этиологии.

1.13. При стационарном лечении, как по экстренным, так и по лечебным показаниям, Страховщиком покрываются расходы на диагностику и лечение основного заболевания, послужившим причиной госпитализации Застрахованного, в пределах лимита по стационарному лечению, предусмотренного Программой страхования, или не более десяти койко-дней за весь период страхования. Страховщиком не покрываются расходы нахождения Застрахованного в VIP палате или палате уровня Люкс.

## **РАЗДЕЛ 2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Страхованию не подлежат лица (если иное не предусмотрено Приложением № 2 к Договору):

2.1.1. являющиеся инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства;

2.1.2. госпитализированные на момент заключения Договора по любому заболеванию;

2.1.3. имеющие на дату заключения Договора:

а) заболевания, входящие в Перечень заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный Приказом от 14.10.2009 г. МЗ РК № 526:

карантинные инфекции: оспа, полиомиелит (вызванный диким полиовирусом), человеческий грипп (вызванный новым подтипом), тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса, болезнь вызванная вирусом Марбург, болезнь вызванная вирусом Эбола, лихорадка Западного Нила, лихорадка Денге, лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт), менингококковая инфекция;

особо опасные инфекции: инфицирование вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), крымская геморрагическая лихорадка, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лепра, бешенство, лептоспироз, листериоз, туберкулез, туляремия, бруцеллез, сибирская язва, ящур;

паразитарные заболевания: эхинококкоз, малярия;

воздушно-капельные инфекции: дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, носительство возбудителя дифтерии, врожденная краснушная инфекция (Синдром врожденной краснухи), гемофильная инфекция, столбняк;

острые инфекционные заболевания: острые вирусные гепатиты, брюшной тиф и паратифы А, В, С, сальмонеллез, дизентерия, иерсиниоз, риккетсиозы, клещевой вирусный энцефалит;

психические заболевания;

злокачественные новообразования;

венерические заболевания (сифилис, гонорея);

б) профессиональные заболевания;

в) радиационные, УВЧ и СВЧ поражения;

г) заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардит Абрамова-Фидлера, кардиомиопатии;

д) заболевания крови: гемобластозы, апластические и гипопластические анемии;

е) заболевания эндокринной системы: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, врожденный гипотиреоз, гипопитарный нанизм, сахарный диабет 1 и 2 типов;

ж) ревматические болезни: ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); синдром Шегрена, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца (пороки, которые приводят к недостаточности кровообращения НК II-III); ревматоидный артрит с нарушением функций суставов II, III степени; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит;

з) заболевания почек: амилоидоз, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II – III степени;

и) заболевания дыхательной системы: синдром Гудпасчера;

к) наследственные заболевания, врожденные пороки развития;

л) заболевания центральной нервной системы: последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия.

При выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии у Застрахованного ранее диагностированных вышеперечисленных заболеваний на момент заключения Договора, Договор в отношении таких лиц, прекращает свое действие.

2.2. Страховщик не осуществляет страховые выплаты по медицинским расходам, связанным с:

2.2.1. диагностикой и лечением хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения);

2.2.2. диагностикой и лечением:

а) инфекционных заболеваний, в том числе заболеваний, требующих санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдение за контактными лицами, кроме острых респираторных заболеваний;

б) микозов, кроме микозов слизистых оболочек полости рта, ЛОР-органов, легочного микоза, кандидоза ЖКТ, урогенитальных микозов;

в) заболеваний кишечника: дисбактериоза и (или) целиакии (исключение дети до 1 года), неспецифического язвенного колита, Болезни Крона (если иное не предусмотрено Программой страхования), хронического энтерита;

г) паразитозов и (или) гельминтозов независимо от вида и нозологии, в том числе демодекоза;

д) эндокринных заболеваний: щитовидной железы, за исключением тиреоидитов, синдрома нарушения толерантности к глюкозе, сахарного диабета I - II типа, несахарного диабета; феохромоцитомы, Аддисоновой болезни; гипопаратиреоидизма, хронического гипокортицизма;

е) хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии;

ж) заболеваний мочеполовой системы: острого и хронического простатита (за исключением медикаментозного лечения) независимо от этиологии, аденомы предстательной железы, эрозии шейки матки, в том числе псевдоэрозии (за исключением радиоволнового и медикаментозного лечения), лейкоплакии, поликистоза почек; поликистоза яичников; хронического гломерулонефрита (если иное не предусмотрено Программой страхования), заболевания, сопровождающегося ХПН 2-3 ст, амилоидоза почек, нефроангиосклероза, гидронефроза, врожденной аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезов любого происхождения;

з) заболеваний печени: цирроза печени, хронических гепатитов, стеатогепатоза;

и) хронических заболеваний дыхательной системы: бронхиальной астмы, бронхоэктатической болезни, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфиземой легких и других хронических заболеваний легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;

к) заболеваний центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствий; гепато-церебральной дистрофии (болезнь Вильсона-Коновалова), наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц (болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона), наследственные мозжечковые атаксии Пьера-Мари, болезнь Фридрейха, демиелинизирующие заболевания нервной системы (болезнь Альцгеймера, рас-сеянный склероз, синингомелия, БАС – боковой амиотрофический склероз); детский церебральный паралич;

л) заболеваний сосудов: варикозного расширения вен нижних конечностей (за исключением консервативного лечения), варикоцеле, варикозного расширения вен прямой кишки; аневризмы, болезни Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезни Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующего эндоартериита, облитерирующего атеросклероза, синдрома Вегенера;

м) заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП): гонореи, сифилиса, шанкроида, паховой гранулемы, трихомониаза, хламидиоза, микоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции, генитального герпеса, уреаплазмоза, гарднереллеза;

н) хронических кожных заболеваний: псориаза, нейродермита, атопического дерматита, аллопеции, врожденного ихтиоза, витилиго, угревой болезни, а так же любых видов (форм) лишая, независимо от нозологии;

о) ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); дерматомиозита, синдрома Шегрена, системной склеродермии, синдрома Шарпа, болезни Рейтера, ревматизма; ревматоидного артрита; системных васкулитов: гранулематоза Вегенера, узелкового периартериита; болезни Бехтерева, СКВ (системная красная волчанка), если иное не предусмотрено Программой страхования;

п) заболеваний двигательного аппарата: остеопороза, хронических остеомиелитов, хронических артритов и артрозов любой этиологии, дерматомиозит, прогрессирующая мышечная дистрофия, невральные амиотрофии, миастения, миопатия, хирургическое лечение остеохондроза;

р) глазных болезней: астигматизма, миопии и гиперметропии, катаракты, глаукомы, хирургического (в т.ч. лазерного) лечения заболеваний глаз, кроме острых состояний (травмы, ожога, инородного тела, отслойки сетчатки), биостимуляции глазного яблока, подбора очков;

с) гиперпластических процессов, полипов, в том числе гиперплазия эндометрия (вне зависимости от вида), эндометриоз (независимо от локализации процесса), любые формы мастопатии.

т) Договором не покрываются медицинские расходы в случае обращения Застрахованного по поводу хронической недостаточности мозгового кровообращения: энцефалопатии (дисциркуляторной, перинатальной и т.д.), внутричерепной гипертензии, любого вида дистонии (вегетососудистой, нейроциркуляторной) и их осложнений.

При этом Страховщик покрывает независимо от количества страховых случаев:

а) выезд бригады скорой медицинской помощи при наличии экстренных показаний;

б) консультации невропатолога;

в) консультации физиотерапевта;



г) медикаментозную терапию в пределах установленного лимита;

д) стационарное лечение при наличии экстренных показаний.

о) диагностикой и лечением новообразований (доброкачественных и злокачественных);

2.3. Медицинские расходы, связанные с диагностикой у Застрахованного заболеваний, указанных в пунктах 2.1. и 2.2., покрываются Страховщиком только до момента установления диагноза в амбулаторно-поликлинических условиях, а именно осмотры необходимых специалистов, общий анализ крови и мочи, определение сахара крови, микрореакция, биохимический анализ крови, ИФА, ПЦР и РИФ (если предусмотрено Программой страхования) при необходимости электрокардиограмма, УЗИ, УЗДГ, рентгенологическое исследование, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ, ЯМРТ) (если предусмотрено Программой страхования), специфические методы исследования (для диагностики аутоиммунных заболеваний, генетические методы исследования) предусмотренных Программой страхования, исключая другие лабораторно-инструментальные исследования. Если диагноз заболеваний, указанных пунктах 2.1. и 2.2., был впервые установлен в период стационарного лечения, Договором покрываются медицинские расходы, связанные с вышеуказанными лабораторно-инструментальными исследованиями, проводимыми до установления диагноза в период стационарного лечения. Договор в отношении таких Застрахованных продолжает свое действие. При этом дальнейшие расходы по лечению таких заболеваний Страховщиком не покрываются.

2.4. Договором не покрываются медицинские расходы, связанные с:

2.4.1. пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией;

2.4.2. лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явилось алкогольное, наркотическое или токсикоманическое опьянение Застрахованного;

2.4.3. лечение травм и их последствий, полученных до начала действия договора страхования;

2.4.4. лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились умышленные действия Застрахованного, направленные на наступление страхового случая, включая попытки самоубийства;

2.4.5. лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились воздействие радиации, военные действия, гражданская война, народные волнения всякого рода, массовые беспорядки или забастовки, террористические акты, стихийные бедствия;

2.4.6. прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием);

2.4.7. для поступления: на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения; на работу или воинскую службу;

2.4.8. для участия в спортивных мероприятиях;

2.4.9. для получения разрешения: на въезд в другое государство, на управление транспортным средством, ношение оружия;

2.4.10. для получения: отсрочки или освобождения от воинской службы, справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, если услуга не предусмотрена Программой страхования, спортивных мероприятий;

2.4.11. любыми видами косметологического лечения и другими видами лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, включая ринопластику с косметической и лечебной целями (за исключением необходимости ее проведения при острых травмах);

2.4.12. проведением стерилизации или прерыванием беременности за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери;

2.4.13. любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни Застрахованного;

2.4.14. экстракорпоральными методами лечения (гемодиализом, плазмаферезом, гемосорбцией, УФО крови), лазерным облучением крови, если услуга не предусмотрена Программой страхования, аутогемотерапия, кишечное орошение и жемчужные ванны;

2.4.15. гипербарической оксигенацией (ГБО), за исключением случаев, когда данный метод является необходимым для спасения жизни Застрахованного;

2.4.16. нетрадиционными методами диагностики и лечения, а также некоторыми традиционными методами лечения, а именно: гомеопатией, гирудотерапией, иглотерапией, рефлексотерапией, нетрадиционной системой оздоровления, энергоинформационной системой оздоровления, мануальной терапией, бальнеотерапией, водолечением, грязелечением, озонотерапией, механотерапией, тракционным лечением, общим массажем, методами народной медицины (целительством), лечебно-оздоровительными бассейнами;

2.4.17. проведением ангиографии, а также хирургическими вмешательствами (всех видов шунтирования, стентирования, любыми хирургическими вмешательствами на сердце: установкой ИВР, радиочастотной абляцией и т.д.);

2.4.18. диагностикой и лечением бесплодия и нарушением потенции, климактерическим синдромом;

2.4.19. врожденные, наследственные заболевания и пороки развития, детский церебральный паралич;

2.4.20. проведением урологического массажа;

2.4.21. следующие стоматологические услуги: ортодонтия, эстетическая стоматология, протезирование и подготовка к нему, имплантация, профилактические мероприятия (покрытие зубов фторлаком, герметизация фиссур); услуги, оказываемые в профилактических и косметических целях, в том числе профессиональная чистка зубов (на аппарате Air Flow, Вектор и т.д.), панорамный снимок без прямых показаний;

2.4.22. диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ, если иное не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;

2.4.23. диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если иное не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;

- 2.4.24. услугами психолога и психотерапевта, логопеда;
- 2.4.25. диагностикой и лечением психических (в том числе булемия, анорексия), наркологических заболеваний, эпилепсии;
- 2.4.26. генетическими исследованиями и (или) услугами по планированию семьи, если иное не предусмотрено Программой страхования;
- 2.4.27. приобретением косметических и гигиенических средств, средств ухода за больными, биологически-активных добавок (БАДов), гомеопатических препаратов, витаминов (за исключением инъекционных форм), комбинированные оральные контрацептивы (КОК), лекарственных средств, не разрешенных к применению в Республике Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством, а также медицинских расходов, связанных с лечением осложнений, вызванных применением таких лекарственных средств;
- 2.4.28. приобретением немедикаментозных средств медицинского назначения (кроме шприцов, систем, венозных катетеров по любым показаниям и гипса необходимого по экстренным показаниям);
- 2.4.29. покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и линз очков или контактных линз, приобретением протезно-ортопедических изделий;
- 2.4.30. коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии, лечением нарушений осанки (сколиозы, кифозы);
- 2.4.31. хирургическим изменением пола;
- 2.4.32. диагностикой, наблюдением, лечением осложнений беременности и родов, если патронаж по беременности и родам не предусмотрен Программой страхования или иное не оговорено дополнительным соглашением к Договору. Любые медицинские расходы по беременности и родам списываются с категории услуг по беременности и родам;
- 2.4.33. диагностикой на аппарате Юникап и использование метода иммуноблотинга, лечением аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;
- 2.4.34. санаторно-курортным лечением (в том числе с проездом, проживанием и питанием, а также расходами, связанным с улучшением условий проживания), если иное не оговорено Программой страхования;
- 2.4.35. патронажем ребенка в возрасте до одного года жизни, если иное не оговорено дополнительным соглашением к Договору;
- 2.4.36. связанные с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения (для лечения согласно установленному диагнозу), в том числе получение услуги «второе медицинское мнение» (получение первичной консультации у врачей одного профиля в течение трех дней со дня установления предварительного диагноза указанного в пунктах 2.1., 2.2. настоящего договора), или с лечением, не назначенным врачом;
- 2.4.37. другими случаями, предусмотренными законодательством Республики Казахстан.
- 2.5. Страховая защита не распространяется на требования о возмещении медицинских расходов, произведенных за пределами территории страхования, а также сверх установленной настоящим Договором страховой суммы или установленного Программой страхования лимита по категории списания (перечня медицинских услуг, объединенных в отдельную позицию по страховому покрытию).

### **РАЗДЕЛ 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 3.1. Страхователь вправе:
- 3.1.1. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, своих прав и обязанностей по Договору, порядка оказания медицинских услуг;
- 3.1.2. получать в любое время от Страховщика информацию об изменениях Перечня медицинских учреждений и врачей;
- 3.1.3. получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам;
- 3.1.4. получить дубликат Карточки в случае ее утери (в первый раз - бесплатно, при повторных случаях – за счет Застрахованного с оплатой расходов на изготовление в размере 200 тенге);
- 3.1.5. получить дубликат Договора в случае его утери;
- 3.1.6. досрочно прекратить Договор;
- 3.1.7. оспорить в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;
- 3.1.8. получить страховую выплату в порядке, предусмотренном настоящим Договором;
- 3.1.9. на односторонний отказ от настоящего Договора путем неоплаты очередного страхового взноса;
- 3.1.10. на тайну страхования;
- 3.1.11. совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.
- 3.2. Страхователь обязан:
- 3.2.1. уплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Договором.
- 3.2.2. передавать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, и необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
- 3.2.3. ознакомливать Застрахованных с условиями Договора;
- 3.2.4. обеспечивать сохранность страховых документов (Договора и Карточки) и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- 3.2.5. при утрате Договора (Карточки) для получения дубликата письменно обратиться к Страховщику;
- 3.2.6. возратить Страховщику все Карточки Застрахованных при прекращении действия Договора (действие Карточки прекращается с момента прекращения Договора);
- 3.2.7. предпринимать все возможные и целесообразные меры по предотвращению или уменьшению убытков

от страхового случая;

3.2.8. предоставлять Страховщику всю имеющуюся у него в отношении Застрахованного информацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;

3.2.9. обеспечить переход к Страховщику права требования в порядке суброгации к лицу, ответственному за наступление страхового случая;

3.2.10. в случае досрочного расторжения Договора в результате неоплаты страховой премии в сроки, установленные Договором, оплатить часть страховой премии за период действия Договора;

3.2.11. в случае отказа Застрахованного возместить Страховщику сумму превышения (перерасход лимита), произвести оплату суммы превышения Страховщику;

3.2.12. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

3.3. Страховщик вправе:

3.3.1. изменять список медицинских учреждений и врачей с последующим уведомлением Страхователя и (или) Застрахованного;

3.3.2. контролировать выполнение Страхователем (Застрахованным) условий Договора;

3.3.3. отказать в страховой выплате, если Застрахованный не предоставил документы, подтверждающие и обосновывающие необходимость получения медицинских услуг или приобретенных медицинских препаратов в медицинских учреждениях, не указанных в Перечне Страховщика и невозможность получения аналогичных услуг в медицинских учреждениях из Перечня Страховщика;

3.3.4. требовать предоставления информации о состоянии здоровья каждого Застрахованного, подтвержденной его подписью;

3.3.5. запросить историю болезни и любые другие медицинские документы и сведения о Застрахованном и предоставленных ему медицинских услугах;

3.3.6. досрочно прекратить действие Договора в отношении Застрахованного, если будет установлено, что при заключении Договора была скрыта или искажена информация о состоянии его здоровья. О прекращении предоставления страховой защиты Застрахованному Страховщик направляет письменное уведомление;

3.3.7. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющие признаки страхового случая;

3.3.8. досрочно расторгнуть Договор при неисполнении или ненадлежащим исполнении Застрахованными и (или) Страхователем своих обязанностей по Договору;

3.3.9. заблокировать действие Карточки в случаях, предусмотренных Договором;

3.3.10. требовать изменения условий Договора в случае изменения обстоятельств, которые могут привести к увеличению страхового риска (вероятности наступления страхового случая или размера возможного ущерба при его наступлении);

3.3.11. отказать в осуществлении страховой выплаты полностью или частично по основаниям, предусмотренным Разделом 2 настоящего Договора.

3.3.12. досрочно расторгнуть Договор в случае:

1) неуплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) в установленные Договором сроки;

2) неисполнения Страхователем условий Договора;

3.3.13. в случае неуплаты Страхователем страховой премии, порядке и сроки, установленные Договором, Страховщик вправе признать Договор незаключенным, о чем письменно уведомляет Страхователя;

3.3.14. совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

3.4. Страховщик обязан:

3.4.1. ознакомить Страхователя с правилами страхования (условиями страхования);

3.4.2. выдать Страхователю необходимые для обращения в медицинские учреждения и к врачам Карточки на Застрахованных в течение десяти рабочих дней со дня поступления страховой премии (первого страхового взноса) на счет Страховщика;

3.4.3. организовать предоставление Застрахованному медицинских услуг, предусмотренных Договором (Программой страхования), в режиме работы медицинских учреждений или врачей;

3.4.4. вести учет Застрахованных, оказанных им медицинских услуг, их стоимости, размеров страховых сумм (лимитов по категориям списания), документации при исполнении своих обязательств по Договору;

3.4.5. в случае утери Застрахованным Карточки выдать ее дубликат в течение десяти рабочих дней со дня получения письменного сообщения об этом;

3.4.6. осуществлять страховую выплату в порядке и сроки, установленные Договором;

3.4.7. сообщить Застрахованному, по его запросу, остаток неиспользованных лимитов на медицинские услуги, медикаменты;

3.4.8. в случае утери Страхователем Договора – оформить его дубликат;

3.4.9. в случаях непредставления Страхователем или Выгодоприобретателем всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить их о недостающих документах в течении 3 (трех) рабочих дней;

3.4.10. возместить Страхователю расходы, понесенные им в целях предотвращения или уменьшения убытков при страховом случае;

3.4.11. 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»;

3.4.12. обеспечить тайну страхования;

3.4.13. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

3.5. Застрахованный вправе:

3.5.1. требовать от Страхователя разъяснения условий Договора (Программ страхования);

3.5.2. получать медицинские услуги в медицинских учреждениях из списка Страховщика в соответствии с условиями, указанными в Договоре (Программе страхования);

3.5.3. сообщить Страховщику о случаях непредоставления (неполного и некачественного предоставления) медицинских услуг;

3.5.4. получить дубликат Карточки при ее утере (по письменному обращению к Страховщику);

3.5.5. совершать иные действия, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

3.6. Застрахованный обязан:

3.6.1. соблюдать условия Договора;

3.6.2. при каждом обращении в медицинское учреждение из Перечня Страховщика предъявлять Карточку и удостоверение личности;

3.6.3. соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный в медицинском учреждении;

3.6.4. передать Страховщику или обеспечить ему возможность ознакомиться со всей информацией, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, и необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;

3.6.5. при обращении Застрахованного в лечебные учреждения, не включенные в медицинскую сеть Страховщика, известить его об этом в течение срока указанного в Договоре, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения;

3.6.6. при превышении размера страховой суммы, предусмотренной Программой страхования и отдельной категорией списания, компенсировать Страховщику сумму превышения (перерасход лимита);

3.6.7. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

3.6.8. При утере Договора, Карточки Страхователь (Застрахованный) обязан письменно сообщить Страховщику об этом в течение трех рабочих дней со дня утери. Утраченные документы не могут являться основанием для получения медицинских услуг.

В случае если Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику об утере Карточки позднее указанного срока, Страхователь (Застрахованный) возмещает Страховщику осуществленные страховые выплаты по медицинским услугам, полученным по данной Карточке третьим лицом с момента ее утери до момента получения Страховщиком уведомления об утере Карточки.

#### **РАЗДЕЛ 4. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

4.1 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.

4.2 Значительными изменениями, во всяком случае, признаются обстоятельства, оговоренные в настоящем Договоре, или в письменной информации предоставленной Страхователем Страховщику в период заключения и действия Договора, в том числе выявление у Застрахованного какого-либо заболевания, включенного в перечень исключений из страховых случаев, предусмотренных в Разделе 2 настоящего Договора.

4.3 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.

4.4 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.

4.5 При невыполнении Страхователем или Застрахованным предусмотренной в пункте 4.1. настоящего Раздела, обязанности, Страховщик вправе потребовать прекращения действия Договора и возмещения убытков, причиненных данным прекращением.

4.6 Страховщик не вправе требовать расторжения Договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

#### **РАЗДЕЛ 5. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ (СЛУЧАЯ)**

5.1. При каждом обращении в медицинское учреждение (к врачу) за получением медицинской помощи Застрахованный обязан предъявить Карточку и документ, удостоверяющий личность.

5.2. Основанием для получения Застрахованным медицинских услуг до момента получения Карточки, является настоящий Договор или его копия, а так же документ, удостоверяющий личность.

5.3. Получение медицинских услуг у участников медицинской сети возможно лишь при наличии специального бланка направления работника медицинского Ассистанса, за исключением экстренных случаев, при соблюдении условий, указанных в пунктах 5.7. и 5.8. настоящего Раздела.

5.4. Медицинские услуги оказываются непосредственно медицинским Ассистансом или по его решению (направлению) лечебными учреждениями медицинской сети Страховщика.

5.5. При организации стационарного лечения по экстренным и лечебным показаниям, выбор медицинского



учреждения (отделения) осуществляется работником медицинского Ассистанса по согласованию со Страховщиком, согласно перечню участников медицинской сети.

5.6. При получении медицинских услуг в участниках медицинской сети, Застрахованный подтверждает своей подписью (на специальном бланке направления, на рецептурном бланке при получении лекарств в аптеке, заказе-наряде при получении стоматологического лечения, либо в реестре посещений при приеме семейным врачом) факт оказания ему медицинской услуги.

5.7. В случае возникновения у Застрахованного экстренных показаний к стационарному лечению, когда у Застрахованного не было возможности обратиться в медицинский Ассистанс, Застрахованный самостоятельно или через других лиц, должен уведомить Страховщика или медицинский Ассистанс о наступлении страхового случая в течение двадцати четырех часов со дня госпитализации.

5.8. Застрахованный имеет право, по согласованию и при наличии специализированного бланка направления семейного врача, получать медицинские услуги, предусмотренные Программой страхования, в медицинском учреждении, не являющимся участником медицинской сети Страховщика, только в случае, если услуга, необходимая Застрахованному по лечебным показаниям или для установления диагноза, не может быть оказана участником медицинской сети Страховщика. В случае экстренного обращения за амбулаторно-поликлинической помощью Застрахованным в медицинские учреждения, не являющиеся участниками медицинской сети Страховщика, медицинская услуга оказывается по согласованию со Страховщиком.

5.9. В случаях, указанных в пунктах 5.7. и 5.8. настоящего Раздела, Застрахованный самостоятельно оплачивает полученные медицинские услуги с последующим предоставлением в медицинский Ассистанс либо Страховщику документов, указанных в Разделе 6 настоящего Договора, необходимых для возмещения понесенных расходов.

5.10. Страховщик не несет ответственности за качество, предоставленных медицинских услуг, а так же результаты диагностики и лечения, проводимые медицинскими организациями.

5.11. Страховщик имеет право вносить изменения в список участников медицинской сети с последующим уведомлением об этом Страхователя в течение десяти рабочих дней со дня такого изменения. Страхователь (Застрахованный) имеет право на получение информации о перечне участников медицинской сети Страховщика в любое время.

5.12. В случае если на момент исключения медицинского учреждения из Перечня участников медицинской сети Страховщика Застрахованный уже получил медицинскую услугу в этом медицинском учреждении, или еще продолжает получать курс лечения до его завершения, Страховщик оплачивает такие медицинские услуги, но за период не более одного календарного месяца с момента получения Страхователем уведомления.

## **РАЗДЕЛ 6. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И РАЗМЕР УБЫТКОВ**

6.1. Для возмещения медицинских расходов, произведенных в соответствии с пунктом 5.7. и 5.8. Раздела 5, Застрахованный (Выгодоприобретатель) должен, в течение тридцати календарных дней со дня получения медицинской услуги, обратиться к Страховщику с заявлением на страховую выплату с приложением следующих документов:

6.1.1. копии Карточки;

6.1.2. копии документа, удостоверяющего личность Застрахованного (Выгодоприобретателя) с указанием ИИН;

6.1.3. документа, подтверждающего реквизиты банковского счета (наименование банка, двадцатизначный счет клиента (IBAN));

6.1.4. специализированный бланк направления врача - работника медицинского Ассистанса;

6.1.5. документов, подтверждающих получение медицинских услуг:

амбулаторно-поликлинических – копии выписки из амбулаторной карты с указанием результатов обследования, диагноза и рекомендаций врача, счета-фактуры, фискального чека или иного документа, подтверждающего оплату;

стационарного лечения – копии выписки из стационара, калькуляционного листа, счета-фактуры, фискального чека или иного документа, подтверждающего оплату;

стоматологии – заказа-наряда (документа, выдаваемого врачом-стоматологом), фискального чека;

лекарственного обеспечения – копии выписки из амбулаторной карты с указанием результатов обследования, диагноза и рекомендаций врача, оригинал рецепта, товарный и фискальный чеки.

6.2. Страховщик вправе потребовать предоставления других медицинских документов, отсутствие которых делает невозможным установление факта наступления страхового случая и (или) определение размера страховой выплаты.

6.3. Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на Выгодоприобретателя (Страхователя, Застрахованного).

## **РАЗДЕЛ 7. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

7.1. Решение об осуществлении страховой выплаты принимается Страховщиком после проверки соответствия документально подтвержденных предоставленных Застрахованному медицинских услуг Программе страхования (виды медицинских услуг, лимиты ответственности Страховщика по ним, размер страховой суммы по Договору).

7.2. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в национальной валюте Республики Казахстан тенге, путем возмещения расходов на медицинские услуги в порядке, предусмотренном настоящим Договором и действующим законодательством Республики Казахстан.

7.3. Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному участниками медицинской сети Страховщика, производится путем ежемесячного перечисления Страховщиком сумм страховых выплат на банковский счет медицинского Ассистанса, оказавшего медицинские услуги и (или) организовавшего их предоставление Застрахованным.

7.4. Страховщик осуществляет страховую выплату на основании счета на оплату, выставленного медицинским Ассистансом, с указанием перечня оказанных медицинских услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных за отчетный период по всем медицинским услугам, оказанным Застрахованным.

7.5. Порядок и сроки осуществления страховых выплат регулируются договором, заключенным между Страховщиком и медицинским Ассистансом.

7.6. Страховщик осуществляет возмещение расходов на стоматологию, оплаченных Застрахованным самостоятельно, в пределах установленного Программой страхования лимита, в размере 100% от таких расходов.

7.7. Страховщик обязан в течение двадцати рабочих дней со дня получения документов, указанных в пункте 6.1. Раздела 6, осуществить страховую выплату либо предоставить письменный мотивированный отказ в страховой выплате.

7.8. Страховая выплата осуществляется путем перечисления суммы страховой выплаты на банковский (карточный) счет Выгодоприобретателя.

## **РАЗДЕЛ 8. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

8.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если при проверке соответствия предоставленных Застрахованному медицинских услуг Программе страхования будет установлено, что Застрахованный:

8.1.2. получил медицинские услуги, не предусмотренные Договором и Программой страхования;

8.1.3. получил медицинские услуги в медицинском учреждении, входящем в список участников медицинской сети Страховщика, но не соответствующей перечню участников медицинской сети Программы страхования Застрахованного;

8.1.4. получил медицинские услуги, не имея на то медицинских показаний (за исключением услуг, предусмотренных Программой страхования);

8.1.5. передал Карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг;

8.1.6. не представил Страховщику в установленный Договором срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившими последствиями, или представил заведомо ложные доказательства.

8.2. Страховщиком не возмещаются любые медицинские расходы, осуществленные Застрахованным без специализированного бланка направления, рецепта врача – работника медицинского Ассистанса, за исключением расходов по стоматологии и случаев, предусмотренных Договором.

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

8.3.1. не уведомление или несвоевременное уведомление Страховщика о наступлении страхового события (случая) в порядке и сроки, установленные Договором;

8.3.2. сообщение Страхователем (Застрахованным) Страховщику заведомо ложных сведений о состоянии здоровья Застрахованного;

8.3.3. умышленное принятие Страхователем мер по уменьшению убытков от страхового случая;

8.3.4. воспрепятствование Страхователем Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая;

8.3.5. другие случаи, предусмотренные законодательными актами Республики Казахстан.

8.4. Несоблюдение Страхователем условий настоящего Договора, а также требований действующего законодательства Республики Казахстан влечет за собой отказ в осуществлении страховой выплаты.

8.5. Освобождение Страховщика от страховой ответственности перед Страхователем по мотивам его неправомерных действий, одновременно освобождает Страховщика от осуществления страховой выплаты Выгодоприобретателю.

8.6. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, оказанные Застрахованному, если последним не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом режим лечения, что подтверждается заключением врача (выпиской из амбулаторной карты или иными аналогичными медицинскими документами).

## **РАЗДЕЛ 9. ИСЧЕРПАНИЕ И ПЕРЕРАСХОД ЛИМИТА СТРАХОВЩИКА В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, ПРЕДУСМОТРЕННОЙ ПРОГРАММОЙ СТРАХОВАНИЯ**

9.1. Исчерпание и перерасход лимита ответственности Страховщика (страховой суммы), установленного для медицинской услуги Программой страхования, ведет к прекращению обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты в отношении данной медицинской услуги.

9.2. Перенос лимитов ответственности Страховщика (страховой суммы) с одной медицинской услуги на другую не допускается.

9.3. Исчерпание страховой суммы в отношении одной из категорий списания, предусмотренных Программой страхования, не влечет за собой прекращения Договора.

9.4. Если сумма медицинских расходов превысила размер страховой суммы, предусмотренной Программой страхования в отношении медицинской услуги, сумма превышения (перерасход лимита) компенсируется Страховщику Застрахованным (Страхователем). При этом до момента возмещения Застрахованным (Страхователем) Страховщику излишне израсходованной суммы, Карточка Застрахованного и дополнительных застрахованных (членов семьи) временно блокируется и медицинские услуги по ней (ним) не предоставляются.

9.5. О приостановлении предоставления медицинских услуг по Карточке (-ам) Страховщик (медицинский Ассистанс) уведомляет Застрахованного (Страхователя) по телефону или письменно в течение одного часа с момента установления перерасхода установленного лимита с предоставлением инструкций о дальнейших действиях к возобновлению действия Карточки.

9.6. Застрахованный, по Программе страхования, которого произошел перерасход лимита, обязан в течение десяти рабочих дней со дня получения уведомления, оплатить задолженность в размере суммы перерасхода лимита в кассу Страховщика (кассу Ассистанса) наличными денежными средствами или безналичным платежом на банковский счет Страховщика (Ассистанса).

9.7. В случае неоплаты Страхователем (Застрахованным) задолженности в указанный выше срок, Страховщик по истечении тридцати календарных дней полностью блокирует действие Карточки, с последующим исключением из Перечня Застрахованных. Возврат страховой премии за данного Застрахованного и прикрепленных к нему дополни-тельных Застрахованных (членов семьи) не производится.

9.8. В случае, если Застрахованный получил медицинскую услугу, не предусмотренную Программой страхования и (или) Договором, или оказанная медицинская услуга не соответствует медицинским показаниям, оплата такой медицинской услуги производится Застрахованным самостоятельно, либо Застрахованный возмещает их стоимость Страховщику. В этом случае Страховщик (Ассистанс) письменно уведомляет Застрахованного о возникшей задолженности и временно блокирует действие Карточки, т.е. прекращает возмещение полученных им медицинских услуг до момента оплаты задолженности (данное условия распространяется и на прикрепленных к нему членов семьи). Застрахованный обязан в течение десяти рабочих дней оплатить возникшую задолженность в полном объеме.

## **РАЗДЕЛ 10. ИЗМЕНЕНИЕ МЕСТОНАХОЖДЕНИЯ ИЛИ МЕСТОЖИТЕЛЬСТВА СТРАХОВАТЕЛЯ**

10.1. Страховщик направляет уведомления Страхователю по его месту нахождения или месту жительства, указанному в заявлении на страхование.

10.2. При изменении места нахождения Страхователь обязан в десятидневный срок сообщить Страховщику новый адрес. В противном случае любые письменные уведомления, письма и другие документы, направленные по адресу предыдущего места нахождения Страхователя, будут считаться доставленными ему (действительными).

10.3. Если место нахождения Страхователя находится за пределами Республики Казахстан, то Страхователь обязан указать Страховщику уполномоченное контактное лицо в Республике Казахстан.

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

## **РАЗДЕЛ 11. СУБРОГАЦИЯ**

11.1. К Страховщику, осуществившему страховую выплату, переходит в пределах выплаченной им суммы право обратного требования, которое Страхователь имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком в результате страхования.

11.2. Страхователь обязан при получении страховой выплаты передать Страховщику все имеющиеся у него документы и доказательства, и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления Страховщиком перешедшего к нему права требования.

11.3. Если Страхователь отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные Страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине Страхователя, Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне уплаченной суммы.

## **РАЗДЕЛ 12. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

12.1. Договор прекращается в случае:

12.1.1. истечения срока его действия;

12.1.2. осуществления Страховщиком страховой выплаты в объеме страховой суммы;

12.1.3. принятия решения судом о признании Договора страхования недействительным;

12.1.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом;

12.1.5. досрочного прекращения;

12.1.6. в иных случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан и (или) Договором страхования.

12.2. Договор может быть прекращен досрочно:

12.2.1. по соглашению сторон;

12.2.2. с волеизъявления одной из сторон.

12.3. Договор прекращается досрочно в случаях:

12.3.1. неуплаты страховой премии или страхового взноса в порядке и сроки, установленные Договором;

12.3.2. неисполнения или ненадлежащего исполнения Страхователем (Застрахованным) условий Договора страхования;

12.3.3. если Страхователь (Застрахованный) предоставили Страховщику искаженные, неполные сведения имеющие значение для определения страхового риска.

12.3.4. в случае изменения условий и сведений, включенных в Страховой полис, оформленный Страховщиком в порядке, предусмотренном законодательными актами Республики Казахстан;

12.3.5. Неуплата Страхователем страховой премии в течение пяти рабочих дней со дня, следующего за днем, указанным в Договоре как срок уплаты, рассматривается как отказ Страхователя от Договора, что влечет за собой признание его не состоявшимся, т.е. освобождает Страховщика от выполнения установленных

Договором обязательств, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя.

12.4. Действие Договора в отношении Застрахованного прекращается в случае передачи им своей Карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по Договору.

12.5. Стороны обязаны уведомить друг друга о досрочном расторжении Договора не менее чем за тридцать календарных дней до предполагаемой даты прекращения его действия.

12.6. Если Договор прекращается в результате смерти Застрахованного, когда не произошла его замена или когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально сроку действия Договора.

12.7. В случае прекращения Договора по основаниям, указанным в пункте 12.4., уплаченные страховые премии (страховые взносы) возврату не подлежат.

12.8. Если требования Страхователя обусловлены, неисполнением или ненадлежащим исполнением Страховщиком условий Договора, последний возвращает Страхователю уплаченные им страховые премии полностью.

### **РАЗДЕЛ 13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

13.1. Споры, возникающие по настоящему Договору, урегулируются путем переговоров.

13.2. При недостижении между сторонами согласия, спор разрешается в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

### **РАЗДЕЛ 14. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

14.1. В соответствии с настоящими Условиями договор страхования заключается путем обмена информацией между Страхователем и Страховщиком, присоединения Страхователя к Условиям и оформления Страховщиком Страхователю Страхового полиса в электронной форме.

14.2. Согласием Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком Условиях считается уплата общей суммы страховой премии. Данное предложение действительно в течение дня подачи Страхователем заявки на заключение договора страхования. Договор вступает в силу со дня, следующего за днем уплаты страховой премии. Датой уплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов на расчетный счет Страховщика.

14.3. Договор страхования заключается сроком на двенадцать месяцев.

14.4. Уплатой страховой премии по Страховому полису Страхователь подтверждает, что до заключения договора страхования ознакомился и получил Условия и Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Страховая Компания «Сентрас Иншуранс», а также подтверждает свое согласие с Условиями, разработанными Страховщиком в одностороннем порядке и присоединяется к ним.

14.5. Стороны не вправе разглашать конфиденциальную информацию, полученную в результате заключения договора страхования, без письменного согласия другой стороны, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан.