

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	Правила добровольного страхования на случай болезни	ПС - 42	Издание № 2 от 21 декабря 2020 г.	Стр. 1 из 24
			Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

Утверждены решением Совета директоров АО «Сентрас Иншуранс» от 21 декабря 2020 г., Протокол № 69



Согласованы решением Правления АО «Сентрас Иншуранс» от 20 декабря 2020 г., Протокол № 60

ПС - 42

**ПРАВИЛА**

**добровольного страхования на случай болезни**

Контроль	Комплаенс-контролер	А.С. Бимагамбетова	20.12.20. (дата)	<i>[Signature]</i> (подпись)
----------	---------------------	--------------------	---------------------	---------------------------------

Должность	ФИО	Виза	Дата	Подпись
Директор ДСВ	А.А. Былин	Согласовано	15.12.20	<i>[Signature]</i>
Главный Специалист 1 Категории ЮД	Г.К. Нартаева	Согласовано	15.12.20	<i>[Signature]</i>
Директор ДА	Т.В.Самойлова	Согласовано	15.12.20	<i>[Signature]</i>

Разработал	Начальник УС ДМС	М.П. Войнова	<i>[Signature]</i> (дата)	<i>[Signature]</i> (подпись)
------------	------------------	--------------	------------------------------	---------------------------------

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . .2020 г.	Стр. 2 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

## 1. Общие положения

1. Настоящие Правила добровольного страхования на случай болезни (далее – Правила) разработаны в соответствии с законодательством Республики Казахстан, внутренними нормативными документами АО «Страховая компания «Сентрас Иншуранс» и регламентируют условия страхования, порядок заключения, сопровождения и исполнения договора добровольного страхования на случай болезни (далее - договор страхования).
2. Понятия, используемые в настоящих Правилах:
  - 1) **Административные расходы** - расходы Страховщика по ведению и сопровождению договора страхования;
  - 2) **Амбулаторно-поликлиническая помощь** - медицинская помощь, оказанная Застрахованному врачами общего профиля и (или) узкой специализации в условиях амбулатории, поликлиники;
  - 3) **Амбулаторно-поликлинические услуги по экстренным показаниям** включают в себя прием семейного врача, срочные консультативно-диагностические мероприятия (в рамках выбранной Программы страхования) и лечебно-диагностические процедуры, необходимые для установки диагноза и направленные на немедленное купирование экстренного состояния.
  - 4) **Врачи и (или) медицинские учреждения 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 представитель Страховщика - медицинская сервисная компания (далее – Ассистанс) заключили соответствующий договор на оказание медицинских услуг Застрахованным;
  - 5) **Выгодоприобретатель** - лицо, которое в соответствии с договором страхования является получателем страховой выплаты. Выгодоприобретателем по договору страхования может быть медицинское учреждение, Застрахованный, Страхователь;
  - 6) **Застрахованный** - лицо, в отношении которого осуществляется страхование.
  - 7) **Заболевание** - нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями;
  - 8) **Инструментальные исследования** - диагностические исследования с помощью специального медицинского оборудования или аппаратов (например, для рентгенографии, УЗИ, ЭКГ, фиброгастроскопии, томографии и т.п.);
  - 9) **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.
  - 10) **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 т.д.;
  - 11) **Лабораторные исследования** - диагностические исследования и анализы, проведенные в лабораториях лечебно-профилактических учреждений и служащие для уточнения и постановки диагноза при возникновении Заболевания;
  - 12) **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;
  - 13) **Медицинский ассистанс** - юридическое лицо, заключившее договор со Страховщиком и осуществляющее услуги по организации предоставления Застрахованным лицам медицин-

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . .2020 г.	Стр. 3 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

ских услуг, предусмотренных договором страхования;

- 14) **Программа страхования** (далее - Программа) – условия предоставления и перечень медицинских услуг, расходы по которым, в соответствии с условиями договора страхования, подлежат возмещению Страховщиком;
- 15) **Профилактические показания** - показания для проведения комплекса мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний (например, вакцинация, профилактические осмотры);
- 16) **Период действия страховой защиты** - период времени, определяемый договором страхования, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования (страховой защиты);
- 17) **Стационарная помощь** - медицинская помощь, которая может быть оказана только при условии пребывания Застрахованного в стационаре в течение одних или более суток;
- 18) **Страховой случай** - событие, с наступлением которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты;
- 19) **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев;
- 20) **Страховая сумма** (предельный лимит ответственности) - сумма денег, на которую застрахован объект страхования. Страховая сумма является предельным объемом ответственности Страховщика при наступлении страхового случая;
- 21) **Страховая премия** - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату в размере, определенном договором страхования;
- 22) **Страхователь** - лицо, заключившее договор страхования со Страховщиком и оплатившее страховую премию. Страхователями могут быть дееспособные физические лица (независимо от гражданства), заключившие договор страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованных); юридические лица (независимо от форм собственности и организационно-правовой формы) - организации и другие хозяйствующие субъекты любой организационно-правовой формы и формы собственности, зарегистрированные и действующие на территории Республики Казахстан, в соответствии с законодательством Республики Казахстан, заключившие договоры страхования в пользу третьих лиц. В случае, если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного, предусмотренные настоящими Правилами.
- 23) **Страховщик** - Акционерное общество «Страховая компания «Сентрас Иншуранс», имеющее лицензию на право осуществления деятельности по добровольному страхованию на случай болезни, и обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Выгодоприобретателю), в пределах определенной договором страхования суммы (страховой суммы);
- 24) **Территория страхования** - территория, на которую распространяется страховая защита Страховщика по договору страхования;
- 25) **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;
- 26) **Экстренными показаниями для оказания амбулаторно-поликлинической помощи являются:**
  - 1) острая боль (боли в животе, боли в области сердца);
  - 2) кровотечения;
  - 3) травмы (переломы, ушибы и т.д.);
  - 4) гипертермия выше 38,5°C;
  - 5) абсцесс, панариций, иные гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;
  - 6) ожоги и обморожения 1-2 степени;
  - 7) острые аллергические состояния: крапивница, аллергический дерматит;

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . . 2020 г.	Стр. 4 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

8) гипертонические кризы (неосложненные).

Договором страхования может быть оговорен другой перечень экстренных показаний

**27) Экстренные показания к стационарному лечению:**

- 1) бессознательное состояние;
- 2) наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;
- 3) ожоги и обморожения 3-4 степени;
- 4) острые травмы, требующие круглосуточного пребывания в стационаре;
- 5) отравления;
- 6) аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса);
- 7) судороги;
- 8) острые хирургические состояния;
- 9) острая почечная недостаточность;
- 10) острая печеночная недостаточность;
- 11) острая церебральная недостаточность;
- 12) острая дыхательная недостаточность;
- 13) острая сердечно-сосудистая недостаточность;
- 14) острый инфаркт миокарда;
- 15) гипертонический криз (осложненный);
- 16) нестабильная стенокардия;
- 17) шок любой этиологии.

**28) Участники медицинской сети** - медицинские учреждения, врачи, аптеки, которые заключили со Страховщиком или Ассистансом специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и(или) медикаментов Застрахованным;

**29) 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.

3. По договору страхования Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик обязуется при наступлении предусмотренного в договоре страхования страхового случая, осуществить страховую выплату Выгодоприобретателю, в пределах определенной договором страхования страховой суммы.

4. Страховщик предоставляет страховую защиту на случай заболевания или иного расстройства здоровья при условии уплаты страховой премии в порядке и сроки, установленные договором страхования, а также при выполнении Страхователем (Застрахованным) всех, установленных договором условий страхования.

## 2. Объект страхования

5. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с частичной или полной компенсацией расходов Застрахованного в связи с заболеванием и иным расстройством здоровья в период действия страховой защиты.

## 3. Страховой случай

6. 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 возмещае-

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . .2020 г.	Стр. 5 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

мых Страховщиком в соответствии с условиями договора страхования и Программы страхования.

#### 4. Застрахованные

7. Застрахованными могут быть лица в возрасте от 1 года до 65 лет, если иное не оговорено договором страхования.

8. К одному Застрахованному может быть прикреплено не более 3-х членов семьи, если иное не оговорено договором страхования.

9. Если иное не оговорено договором страхования, не подлежат страхованию лица, которые:

- 1) являются инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства;
- 2) госпитализированы на момент заключения договора страхования по любому заболеванию;
- 3) имеют на дату заключения договора страхования:
  - следующие из заболеваний, входящих в Перечень заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный Приказом МЗ РК № 526 от 14.10.2009г.: злокачественные новообразования, психические заболевания (а также травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы), эпилепсия, наркологические заболевания (наркомания, токсикомания, алкоголизм), сахарный диабет I типа, дерматомиозит, склеродермия, СКВ (системная красная волчанка), болезнь Бехтерева, наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы и мышц (болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона, миастения, миопатия, наследственные мозжечковые атаксии Пьера-Мари, болезнь Фридрейха, прогрессирующая мышечная дистрофия, невральные амиотрофии; гепато-церебральная дистрофия (б-нь Вильсона-Коновалова), фенилкетонурия, бронхиальная астма, демиелинизирующие заболевания нервной системы (болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, сириномиелия, БАС - боковой амиотрофический склероз); детский церебральный паралич; муковисцидоз; врожденный ихтиоз;
  - инфекционные заболевания, входящие в Перечень заболеваний лечение, которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденный Приказом МЗ РК № 526 от 14.10.2009г., а именно: ВИЧ-инфекция (СПИД), туберкулез, бруцеллез, малярия, лепра, чума, холера, желтая лихорадка, геморрагические вирусные лихорадки, брюшной тиф и паратифы, ящур, бешенство, лептоспироз, листериоз, туляремия, эхинококкоз, иерсиниоз, сальмонеллез, риккетсиоз, клещевой энцефалит, дизентерия, сибирская язва, дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, вирусные гепатиты; инфекционный менингит;
  - профессиональные заболевания;
  - радиационные, УВЧ и СВЧ поражения;
  - заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардит Абрамова-Фидлера, кардиомиопатии;
  - заболевания крови: гемобластозы, апластические и гипопластические анемии;
  - заболевания эндокринной системы: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитома, врожденный гипотиреоз, гипопитарный нанизм;
  - ревматические болезни: ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); синдром Шегрена, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца (пороки, которые приводят к недостаточности кровообращения НК ПБ-III); ревматоидный артрит с нарушением функции суставов II, III степени; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит;
  - заболевания почек: амилоидоз, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II - III степени;
  - заболевания дыхательной системы: синдром Гудпасчера;
  - наследственные заболевания, врожденные пороки развития;
  - заболевания Центральной Нервной Системы: последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия.

10. При выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии у

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . . 2020 г.	Стр. 6 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

Застрахованного ранее диагностированных заболеваний, указанных в пункте 9 настоящей главы, на момент заключения договора страхования, договор страхования, заключенный в отношении таких лиц, подлежит досрочному расторжению, а оплаченная страховая премия по ним не возвращается.

11. Если заболевания, указанные в пункте 9 настоящей главы, у Застрахованного впервые диагностируются в период действия договора страхования, Страховщик возмещает расходы, понесенные Застрахованным по данному заболеванию, только до момента установления диагноза в амбулаторнополиклинических условиях, а именно расходы за осмотры необходимых специалистов, общий анализ крови и мочи, определение сахара крови, микрореакция, при необходимости электрокардиограмма, однократно в страховой период УЗИ, УЗДГ, рентгенологическое исследование (исключая другие лабораторно-инструментальные исследования), либо до окончания курса стационарного лечения по экстренным и (или) лечебным показаниям, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен. договор страхования в отношении таких Застрахованных продолжает свое действие. При этом дальнейшие расходы по лечению заболеваний, указанных в пункте 9 настоящей главы, Страховщиком не покрываются.

## **5. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования**

12. Если договором страхования не предусмотрено иное, то Страховщик не несет обязательства по осуществлению страховой выплаты по следующим расходам Страхователя и (или) Застрахованного:

- 1) диагностикой и лечением хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения), в том числе возникшие до начала действия страховой защиты;
- 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, 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 и его осложнений, несахарного диабета; феохромоцитомы, Аддисоновой болезни; гипопитарного нанизма, хронического гипокортицизма;
  - е) хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения IIБ - III стадии;
  - ж) заболеваний мочеполовой системы: острого и хронического простатита независимо от этиологии (если иное не предусмотрено Программой страхования), аденомы предстательной железы, эрозии шейки матки, в том числе псевдоэрозии (если иное не предусмотрено Программой страхования), лейкоплакии, поликистоза почек; поликистоза яичников; хронического гломерулонефрита, 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, острых и 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-

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . .2020 г.	Стр. 7 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

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, рассеянный склероз, сирингомиелия, БАС – боковой амиотрофический склероз); детский церебральный паралич; эпилепсия;

л) заболеваний сосудов: варикозного расширения вен нижних конечностей (если иное не предусмотрено Программой страхования), варикоцеле, варикозного расширения вен прямой кишки, в том числе плановое хирургическое лечение; аневризмы, болезни Такаюсу (неспецифический аортоартериит), болезни Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующего эндартериита, атеросклероз сосудов, в том числе синдром Лериша; 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);

п) заболеваний двигательного аппарата: остеопороза, хронических остеомиелитов, хронических артритов и артрозов любой этиологии, дерматомиозит, прогрессирующая мышечная дистрофия, невральные амиотрофии, миастения, миопатия; консервативное и оперативное лечение осложненных остеохондроза (включая, но не ограничиваясь: грыжи, протрузии, спондилолистезы, смещение позвонков), реабилитация, за исключением диагностики и консервативного лечения выраженных болевых синдромов, а именно:

- медикаментозная терапия (в пределах установленного лимита);
- лечебный сегментированный массаж (если предусмотрено Программой страхования);
- физиотерапия (если предусмотрено Программой страхования)

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.

Медицинские расходы, связанные с диагностикой у Застрахованного заболеваний, указанных в подпункте 2) пункта 12 настоящих Правил, 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

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . . 2020 г.	Стр. 8 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

мой страхования), исключая другие лабораторно-инструментальные исследования. Если диагноз заболеваний, указанных подпункте 2) пункта 12 был впервые установлен в период стационарного лечения, договором покрываются медицинские расходы, связанные с вышеуказанными лабораторно-инструментальными исследованиями, проводимыми до установления диагноза при стационарном лечении. Договор в отношении таких Застрахованных продолжает свое действие. При этом дальнейшие расходы по лечению таких заболеваний Страховщиком не покрываются.

Договором не покрываются медицинские расходы, связанные с:

- 3) диагностикой и лечением новообразований (доброкачественных и злокачественных);
- 4) пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией;
- 5) лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явилось алкогольное, наркотическое или токсикоманическое опьянение Застрахованного;
- 6) лечение травм и их последствий, полученных до начала действия договора страхования;
- 7) лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились умышленные действия Застрахованного, направленные на наступление страхового случая, включая попытки самоубийства;
- 8) 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;
- 9) прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием):
- 10) для поступления: на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения; на работу или воинскую службу;
- 11) для участия в спортивных мероприятиях;
- 12) для получения разрешения: на въезд в другое государство, на управление транспортным средством, ношение оружия;
- 13) для получения: отсрочки или освобождения от воинской службы, справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, если услуга не предусмотрена Программой страхования, спортивных мероприятий;
- 14) 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);
- 15) проведением стерилизации или прерыванием беременности за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери;
- 16) любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни Застрахованного;
- 17) экстракорпоральными методами лечения (гемодиализом, плазмаферезом, гемосорбцией, УФО крови), лазерным облучением крови, если услуга не предусмотрена Программой страхования, аутогемотерапией, кишечное орошение и жемчужные ванны;
- 18) гипербарической оксигенацией (ГБО), за исключением случаев, когда данный метод является необходимым для спасения жизни Застрахованного;
- 19) 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;
- 20) проведением ангиографии, а также хирургическими вмешательствами (всех видов шунтирования, стентирования, любыми хирургическими вмешательствами на сердце: установкой ИВР, радиочастотной абляцией и т.д.);
- 21) диагностикой и лечением бесплодия и нарушением потенции, климактерическим синдромом, включая сопутствующие климаксу патологические проявления (включая, но не ограничиваясь: миокардиодистрофия, остеопороз и т.д.);
- 22) врожденные, наследственные заболевания и пороки развития, детский церебральный паралич;



АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . . 2020 г.	Стр. 9 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

- 23) проведением урологического массажа;
- 24) следующие стоматологические услуги: ортодонтия, эстетическая стоматология, протезирование и подготовка к нему, имплантация, профилактические мероприятия (покрытие зубов фторлаком, герметизация фиссур); услуги, оказываемые в профилактических и косметический целях, в том числе профессиональная чистка зубов (на аппарате Air Flow, Вектор и т.д.), панорамный снимок без прямых показаний; лечение зубов с разрушением коронковой части более чем на 1\2 с целью ее восстановления (реставрации); применение лечебных манипуляций на зубах, покрытых ортопедическими и ортодантическими конструкциями; лечение косметических дефектов и некариозных поражений зубов (отбеливание зубов, снятие пигментных налетов любыми методами, герметизация фиссур, клиновидные дефекты и другое); лечение аномалий развития и роста зубочелюстной системы;
- 25) диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ, если иное не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;
- 26) диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если иное не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;
- 27) услугами психолога и психотерапевта, логопеда;
- 28) диагностикой и лечением психических (в том числе булемия, анорексия), наркологических заболеваний, эпилепсии;
- 29) генетическими исследованиями и (или) услугами по планированию семьи;
- 30) расходы, связанные с плановым оперативным лечением хирургических заболеваний, вызванных наличием камней любой локализации, включая ударно-волновую терапию и все методы дистанционного дробления, постоперационное снятие и обработка швов;
- 31) приобретением немедикаментозных средств медицинского назначения (кроме шприцов, систем, венозных катетеров по любым показаниям и гипса необходимого по экстренным показаниям);
- 32) покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и линз очков или контактных линз; расходами, связанных с приобретением металлоконструкций, имплантов, протезов для проведения реконструктивных и других видов операций – с целью лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата;
- 33) коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии, лечением нарушений осанки (сколиозы, кифозы);
- 34) хирургическим изменением пола;
- 35) 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;
- 36) диагностикой на аппарате Юникап и использование метода иммуноблотинга, лечением аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;
- 37) 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;
- 38) патронажем ребенка в возрасте до одного года жизни, если иное не оговорено дополнительным соглашением к договору;
- 39) 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 подпунктах 2) и 3) пункта 12 или с лечением, не назначенным врачом;
- 40) Страховщик не компенсирует затраты на покупку следующих лекарственных препаратов:
- контрацептивные препараты;
  - противовирусные препараты (за исключением, лечения ОРВИ и ОРЗ);

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . . 2020 г.	Стр. 10 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

- хондропротекторы;
- поливитамины в профилактических целях;
- противотуберкулезные препараты;
- биологические активные добавки;
- пробиотики (за исключением назначения на период антибактериальной терапии);
- противогрибковые препараты (за исключением назначения в конце антибактериальной терапии);
- гомеопатические препараты;
- антидепрессанты;
- косметические средства;
- анорексантные препараты;
- иммуномодуляторы, иммунодепрессанты;
- статины
- 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;

41) другими случаями, предусмотренными законодательством Республики Казахстан.

42) 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).

43) Страховое покрытие по страховым случаям, произошедшим в период действия договора, осуществляются до момента окончания периода действия страховой защиты, в не зависимости от необходимости дальнейшего получения Застрахованным услуг либо продолжения лечения.

## **6. Страховая сумма. Франшиза.**

13. Страховая сумма (предельный лимит ответственности) на основного Застрахованного и Застрахованных членов семьи определяется выбранной Программой страхования и является общей для указанных Застрахованных, то есть единой для основного Застрахованного и Застрахованных членов семьи, если иное не предусмотрено договором страхования.

14. Лимит ответственности по каждой категории списания устанавливаются Программой страхования и указываются отдельно.

15. Страховая сумма по каждой категории списания является общей для всей семьи - основного Застрахованного и всех Застрахованных членов семьи - в пределах этой суммы Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные основному Застрахованному и Застрахованным членам семьи по данной категории списания. После осуществления страховой выплаты Страховщиком, страховая сумма по соответствующей категории списания, а также общая страховая сумма уменьшается на сумму осуществленной страховой выплаты.

16. Размер общей страховой суммы указывается в договоре страхования.

17. В отношении основного Застрахованного, дополнительно принимаемого на страхование на срок менее 12 месяцев, страховые суммы устанавливаются в объеме в соответствии с договором страхования.

18. Размер страховой суммы может быть изменен по соглашению сторон, по инициативе одной из сторон, в том числе при существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменении ее стоимости.

19. Договором страхования может быть предусмотрено установление франшизы. Под франшизой понимается часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком.

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . .2020 г.	Стр. 11 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

20. Франшиза может устанавливаться в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.
21. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью, в случае если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).
22. Период ожидания — период времени, установленный в договоре страхования, в течение которого предусмотренные договором страхования отдельные заболевания и (или) риски не признаются страховыми случаями.
23. Период ожидания и соответствующие лимиты ответственности Страховщика могут быть установлены по соглашению сторон договора страхования при его заключении в зависимости от возраста, состояния здоровья Застрахованного и его готовности пройти медицинское освидетельствование в соответствии с требованиями Страховщика.
24. Если договором страхования предусмотрен период ожидания, то срок страхования (страховой защиты) в отношении определенного в договоре страхования заболевания и (или) риска начинается после окончания данного периода ожидания.
25. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

## **7. Страховая премия. Порядок ее уплаты.**

26. Страховая премия - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательства произвести страховую выплату Выгодоприобретателю в размере, определенном договором страхования.
27. Размер страховой премии определяется Страховщиком на основании утвержденного страхового тарифа, в зависимости от условий страхования, срока страхования и других обстоятельств, влияющих на степень страхового риска.
28. Страховая премия за каждого основного Застрахованного и каждого Застрахованного члена семьи определяется выбранной Программой страхования.
29. Размер общей суммы страховой премии по договору страхования представляет собой сумму страховых премий за всех Застрахованных, включенных в список Застрахованных.
30. При внесении изменений в список Застрахованных, размер дополнительно оплачиваемой Страхователем страховой премии определяется в соответствии с разделом 16 настоящих Правил страхования.
31. Порядок и сроки оплаты страховой премии определяется договором страхования.
32. При страховании на срок менее 12 (Двенадцать) месяцев, страховая премия рассчитывается в процентах от размера годовой страховой премии (если иное не предусмотрено договором страхования), при этом неполный месяц считается как полный.
33. Страховая премия может быть оплачена наличными денежными средствами, безналичным платежом, почтовым переводом или иным способом по согласованию сторон.

## **8. Права и обязанности сторон**

34. **Страхователь имеет право:**
- 1) требовать от Страховщика разъяснение условий добровольного страхования на случай болезни, своих прав и обязанностей по договору страхования;
  - 2) вносить изменения и дополнения в Список Застрахованных в соответствии с условиями договора страхования;
  - 3) требовать предоставления Застрахованному услуг в соответствии с условиями договора страхования в медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования; в случае не-

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . .2020 г.	Стр. 12 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

полного или некачественного предоставления таких услуг Застрахованный должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика;

- 4) в период действия договора страхования расширить перечень медицинских услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию;
- 5) досрочно расторгнуть договор страхования;
- 6) получить дубликат договора страхования;
- 7) в случае утери Карточки в первый раз - бесплатно, при повторной утере - за счет Застрахованного, в размере 200 (Двести) тенге, если иное не предусмотрено договором страхования;
- 8) на тайну страхования;
- 9) получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам;
- 10) совершать иные действия, не противоречащие договору страхования и законодательству Республики Казахстан.

### 35. Страхователь обязан:

- 1) предоставить Страховщику достоверную информацию, касающуюся Застрахованного, необходимую для заключения договора страхования, в полном объеме;
- 2) уплатить страховую премию/страховые взносы в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;
- 3) передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
- 4) ознакомить Застрахованного с условиями Правил и договора страхования;
- 5) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- 6) оказывать содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления требований о возмещении вреда;
- 7) при утрате договора страхования/Карточки письменно сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;
- 8) во всех случаях прекращения договора страхования возвратить Страховщику Карточку, действие которой прекращается с момента прекращения договора страхования;
- 9) предпринимать все возможные и целесообразные меры по предотвращению или уменьшению убытков от страхового случая;
- 10) предоставлять Страховщику всю имеющуюся у него информацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;
- 11) обеспечить переход к Страховщику права требования в порядке суброгации к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
- 12) выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами, договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

### 36. Страховщик имеет право:

- 1) требовать от Страхователя и(или) Застрахованного предоставления достоверной информации необходимой для заключения договора страхования;
- 2) изменять список врачей и медицинских учреждений с уведомлением Страхователя и(или) Застрахованного в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента внесения изменений;
- 3) осуществлять контроль за выполнением Страхователем (Застрахованным) условий договора страхования;
- 4) отказать в страховой выплате, если Застрахованный не предоставил документы, подтверждающие и обосновывающие необходимость получения медицинских услуг или приобретенных медицинских препаратов у врачей и/или в медицинских учреждениях, не указанных в списке Страховщика и невозможность получения аналогичных услуг у врачей и в медицинских учреждениях из списка Страховщика;
- 5) требовать заполнения заявлений юридического лица/физического лица Страхователем перед включением его в список Застрахованных. В зависимости от ответов на вопросы этого заявления

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . .2020 г.	Стр. 13 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

Страховщик имеет право запросить дополнительную информацию и(или) увеличить размер страховой премии для такого Застрахованного и(или) ограничить перечень медицинских услуг, оплачиваемых Страховщиком в рамках договора страхования в отношении такого Застрахованного;

- б) запросить историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном в медицинском учреждении, оказывающем Застрахованному медицинские услуги;
- 7) отказать в страховании Застрахованному, если Застрахованный или Страхователь умышленно скрыли или исказили информацию о состоянии здоровья Застрахованного, запрашиваемую Страховщиком в соответствии с договором страхования, либо досрочно расторгнуть договор страхования в одностороннем порядке, если подобные факты были выявлены после заключения договора страхования путем направления письменного уведомления Страхователю (Застрахованному). При этом договор страхования считается расторгнутым с даты направления подобного уведомления;
- 8) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющие признаки страхового случая;
- 9) досрочно расторгнуть договор страхования при неисполнении или ненадлежащим исполнении Застрахованными и(или) Страхователем своих обязанностей по договору страхования;
- 10) заблокировать действие Карточки в случаях, предусмотренных договором страхования;
- 11) принимать на себя ведение дел в судебных органах от имени и по поручению Застрахованного.

### **37. Страховщик обязан:**

- 1) ознакомить Страхователя с Правилами и по его требованию представить (направить) копию Правил;
- 2) организовать предоставление Застрахованному медицинских услуг, прямо предусмотренных договором и Программой страхования, в режиме работы медицинских учреждений;
- 3) осуществлять контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных;
- 4) обеспечить тайну страхования;
- 5) вести учет всех Застрахованных, оказанных им услуг, их стоимости, размеров страховых сумм и иную документацию, необходимую для исполнения своих обязательств по договору страхования;
- б) выдать Страхователю страховую документацию на Застрахованных необходимую для обращения в медицинские учреждения в течение срока указанного в договоре страхования с момента получения документально подтвержденной оплаты Страхователем всей суммы денег страховой премии (страхового взноса) по договору страхования;
- 7) в случае утраты Страхователем договора страхования - оформить его дубликат
- 8) в случае утраты (утери) Застрахованным Карточек выдать их дубликаты в течение срока указанного в договоре страхования со дня извещения об этом Страхователем (Застрахованным);
- 9) устно сообщить Застрахованному по его письменному запросу остаток лимитов страховых сумм на медицинские услуги, медикаменты;
- 10) при получении сообщения о страховом случае незамедлительно зарегистрировать его;
- 11) выдать Страхователю (Выгодоприобретателю) справку с указанием полного перечня предоставленных им документов по страховому случаю и даты их принятия;
- 12) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные в договоре страхования;
- 13) возместить Страхователю (Застрахованному) расходы, произведенные им для уменьшения убытков при страховом случае;
- 14) выполнять иные обязанности, предусмотренные договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

### **38. Застрахованный имеет право:**

- 1) получать медицинские услуги в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских учреждениях и у врачей из списка Страховщика;
- 2) сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских услуг, неполного и нека-

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . .2020 г.	Стр. 14 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

чественного их предоставления;

3) требовать от Страхователя разъяснения условий Правил и договора страхования.

**39. Застрахованный обязан:**

1) при обращении к врачам и/или в медицинское учреждение из списка Страховщика предъявлять Карточку и удостоверение личности;

2) соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный в медицинском учреждении;

3) соблюдать условия договора страхования;

4) передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношения к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;

5) при обращении Застрахованного в лечебные учреждения, не включенные в список Страховщика известить об этом Страховщика в течение срока указанного в договоре страхования, любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения;

6) обращаться к участникам медицинской сети из списка Страховщика строго в соответствии с Программой страхования;

7) при исключении из списка Застрахованных вернуть Карточку Страхователю или непосредственно Страховщику в срок, указанный в договоре страхования

8) выполнять иные обязанности, предусмотренные договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

40. Предусмотренные настоящей главой права и обязанности сторон не являются исчерпывающими. Стороны имеют права и исполняют обязанности, предусмотренные иными пунктами настоящих Правил, договором страхования и законодательством Республики Казахстан

**9. Последствия увеличения страхового риска в период действия договора страхования.**

41. 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.

42. 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 главе 5 настоящих Правил.

43. 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.

44. 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.

45. При невыполнении Страхователем или Застрахованным предусмотренной в пункте 35 настоящего Раздела, обязанности, Страховщик вправе потребовать прекращения действия договора и возмещения убытков, причиненных данным прекращением.

46. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . .2020 г.	Стр. 15 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

## 10. Действия при наступлении страхового случая.

47. При наступлении страхового случая Страхователь (Застрахованный) обязан обратиться к работнику Страховщика или Медицинского ассистанса и следовать его указаниям.

48. При каждом обращении к работнику Медицинского ассистанса Застрахованный обязан предъявить Карточку и документ, удостоверяющий личность. Получение медицинских услуг в участниках медицинской сети возможно лишь при наличии направления работника Медицинского ассистанса, за исключением экстренных случаев, при соблюдении условий, указанных в пункте 53 настоящих Правил.

49. Основанием для предоставления Застрахованному медицинских услуг до момента получения Карточки является договор страхования или его копия.

50. Медицинские услуги оказываются непосредственно Медицинским ассистансом или по решению/направлению Медицинского ассистанса в лечебных учреждениях, входящих в список сети Страховщика.

51. Медицинские услуги считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения Застрахованного.

52. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты, согласно заключению медицинского эксперта Страховщика:

- 1) не являются необходимыми и достаточными для лечения;
- 2) были назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ.

53. При организации стационарного лечения по экстренным и лечебным показаниям, выбор медицинской организации и отделения осуществляется работником медицинской сервисной компании по согласованию со Страховщиком, согласно перечню участников медицинской сети.

54. В ходе курса стационарного лечения, как по экстренным, так и по лечебным показаниям, Страховщиком покрываются диагностика и лечение, связанное только с основным заболеванием и сопутствующими заболеваниями, находящимися в причинно-следственной связи с основным заболеванием, послужившим непосредственной причиной госпитализации Застрахованного, до 10 (Десяти) койко-дней по одному страховому случаю и/или в пределах лимита по стационарному лечению. Страховщиком не покрываются расходы за госпитализацию в палату VIP и/или люкс уровня.

55. В случае возникновения у Застрахованного экстренных показаний к стационарному лечению, когда у Застрахованного не было возможности обратиться в медицинскую сервисную компанию, Страхователь, Застрахованный самостоятельно или через других лиц, должны уведомить Страховщика или медицинскую сервисную компанию о наступлении страхового случая в течение 24-х часов с момента, когда им стало известно о наступлении страхового случая.

56. В случае утраты Страхователем (Застрахованным) договора страхования, Карточки, Страхователь (Застрахованный) обязан сообщить о факте утери в сроки оговоренные договором страхования Страховщику в письменной форме, после чего утраченные документы не могут являться основанием для получения медицинских услуг.

57. В случае если Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику об утере Карточки позднее срока, указанного в пункте 50 настоящих Правил, Страхователь (Застрахованный) возмещает Страховщику осуществленные страховые выплаты по медицинским услугам, полученным по данной Карточке с момента ее утери до момента получения Страховщиком уведомления об утере Карточки.

58. Застрахованный имеет право получать медицинские услуги в медицинских организациях - участниках медицинской сети, включенных в выбранную им Программу страхования, если это не противоречит другим пунктам договора страхования.

59. Застрахованный имеет право получать медицинские услуги, предусмотренные Программой страхования, при согласовании и по направлению семейного врача в медицинские организации, не являющиеся участниками медицинской сети только в случае, если необходимая Застрахованному

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . . 2020 г.	Стр. 16 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

по экстренным, лечебным показаниям или для установления диагноза медицинская услуга по какой-либо причине не может быть оказана в участниках медицинской сети. договором могут быть предусмотрены иные условия получения медицинских услуг в медицинских организациях, не являющихся участниками медицинской сети.

60. В случаях, указанных в пунктах 49 и 53 настоящих Правил, Застрахованный самостоятельно оплачивает полученные медицинские услуги и предоставляет в медицинскую сервисную компанию либо Страховщику документы необходимые для получения возмещения понесенных затрат в соответствии с разделом 11 настоящих Правил.

61. При обращении Застрахованного в медицинские организации, Страховщик не несет ответственности за результаты диагностики и лечения Застрахованного, проводимых специалистами данных медицинских организаций.

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

63. Список участников медицинской сети указывается в договоре страхования или на интернет ресурсе Страховщика

64. Страховщик имеет право вносить изменения в список участников медицинской сети с последующим уведомлением об этом Страхователя. Страхователь имеет право в любое время запрашивать у Страховщика изменения в списке участников медицинской сети. При исключении из списка участника медицинской сети, Страховщик обязан уведомить об этом Страхователя в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента такого изменения.

65. В случае, если на момент исключения медицинской организации из списка участников медицинской сети, Застрахованный уже получил медицинскую услугу в этой медицинской организации, или еще продолжает получать курс лечения и для завершения лечения требуется время, Страховщик оплачивает такие медицинские услуги, но не более одного календарного месяца с момента получения Страхователем уведомления, если иное не предусмотрено договором страхования.

## **11. Размер, порядок, условия и сроки осуществления страховой выплаты. Перечень документов**

66. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в тенге, путем возмещения расходов на медицинские услуги в порядке, предусмотренном Правилами страхования, действующим законодательством Республики Казахстан, если иное не предусмотрено договором страхования.

67. Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному участниками медицинской сети, производится путем перечисления Страховщиком сумм страховых выплат на банковский счет медицинского Ассистанса, оказавшего услуги.

68. Перечисление страховой выплаты производится после получения от медицинской сервисной компании (участников медицинской сети) счета на оплату с указанием перечня оказанных Застрахованным медицинских услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных за отчетный период по всем медицинским услугам, оказанным Застрахованным.

69. В случаях, предусмотренных пунктом 49 и 53 настоящих Правил, Страховщик возмещает Застрахованному 100% от суммы покрываемых расходов, оплаченных Застрахованным самостоятельно. В этом случае для получения страховой выплаты Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан предоставить Страховщику в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты получения медицинской услуги, следующие документы:

- 1) копии Карточки;
- 2) копии документа, удостоверяющего личность Застрахованного (Выгодоприобретателя) с указанием ИИН;
- 3) документа, подтверждающего реквизиты банковского счета (наименование банка, двадцатизначный счет клиента (IBAN));



АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . .2020 г.	Стр. 17 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

- 4) специализированный бланк направления врача - работника медицинского Ассистанса;
- 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.
70. Любые расходы на медицинские услуги, осуществленные без направления (рецепта) врача работника медицинской сервисной компании, Страховщиком не возмещаются, за исключением расходов по стоматологии.
71. Условия возмещения расходов по стоматологии, самостоятельно оплаченных Застрахованным, оговариваются договором страхования.
72. Страховщик при необходимости может дополнительно потребовать предоставления других медицинских документов, отсутствие которых делает невозможным установление факта страхового случая и определение размера страховой выплаты.
73. Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на Выгодоприобретателя (Застрахованного/Страхователя).
74. В случаях непредставления страхователем (застрахованным) или потерпевшим (выгодоприобретателем) либо их представителем всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить их о недостающих документах в срок, установленный договором страхования;
75. Страховщик обязан в срок, указанный в договоре страхования, осуществить страховую выплату либо представить мотивированный отказ в страховой выплате.
76. Страховая выплата осуществляется путем перечисления суммы страховой выплаты на карточный или лицевой счет Застрахованного, если иное не предусмотрено договором страхования.

## **12. Отказ в страховой выплате**

77. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком на основании проведенной экспертизы соответствия полученных медицинских услуг Программе страхования и страховой сумме, в том числе, по каждому Застрахованному и по каждой медицинской услуге.
78. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если Застрахованный (Страхователь):
- 1) получил медицинские услуги, не предусмотренные договором страхования и Программой страхования;
  - 2) получил медицинские услуги в медицинской организации, входящей в перечень участников медицинской сети, но не соответствующей перечню участников медицинской сети Программы страхования Застрахованного;
  - 3) получил медицинские услуги, не имеющие медицинских показаний;
  - 4) сообщил искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения договора страхования;
  - 5) своевременно не известил о наступлении страхового случая;
  - 6) имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан, но не представил Страховщику в установленный договором страхования срок, документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;
  - 7) передал свой договор страхования/ Карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг.

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . . 2020 г.	Стр. 18 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

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

80. Договором страхования могут быть предусмотрены иные причины отказа в осуществлении страховой выплаты.

### **13. Исчерпание и перерасход страховой суммы, предусмотренной Программой страхования по медицинской услуге**

81. 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.

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

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

84. 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.

85. 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.

86. 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).

87. 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 дополнительных Застрахованных (членов семьи) не производится.

88. 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.

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . . 2020 г.	Стр. 19 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

## 14. Порядок заключения договора страхования

89. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику точные и полные сведения об объекте страхования все известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

90. Для заключения договора страхования Страхователь (Застрахованный) заполняет Заявление юридического лица, установленного Страховщиком образца.

91. Для оформления договора страхования Страховщик вправе затребовать у Страхователя (Застрахованного) дополнительную информацию, подтверждающую сведения, указанные в заявлении и характеризующую страховой риск, а также требовать заполнения заявления для физического лица, установленного Страховщиком образца. Заявление для физического лица не заполняется на каждого Застрахованного в случае, если на страхование принимаются 10 (Десять) и более человек по одному договору страхования.

92. Страхователь несет ответственность за достоверность и правильность предоставляемой Страховщику информации.

93. Договор страхования заключается в письменной форме путем:

- 1) составления сторонами договора страхования;
- 2) присоединения страхователя к типовым условиям страхования, предусмотренным законодательными актами Республики Казахстан, либо правилам страхования, разработанным страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и оформления Страховщиком страхователю страхового полиса.

94. Подпись Страхователя или его представителя в договоре страхования, является подтверждением его полного согласия с условиями договора страхования и Правил при оформлении договора страхования на бумажном носителе, в том числе на бланке Страховщика.

95. При оформлении договора страхования на интернет-ресурсе Страховщика и/или его партнеров своей уплатой страховой премии Страхователь подтверждает, что до заключения договора страхования ознакомился настоящими Правилами, разработанными Страховщиком в одностороннем порядке, и присоединился к ним.

96. Для заключения договора страхования путем выдачи страхового полиса Страхователю необходимо:

- 1) ознакомиться с Правилами, размещенными на интернет-ресурсе Страховщика или его партнера;
- 2) посредством заполнения полей электронной формы заявления на страхование, предназначенной для интернет-ресурса Страховщика и/или его партнеров, подать заявление о заключении договора страхования. Данное заявление действительно в течение 24 (двадцати четырех) часов;
- 3) уплатить страховую премию с использованием форм безналичных расчетов, представленных на интернет-ресурсе.

4) после поступления информации из процессинговой системы об успешном прохождении транзакции Страховщик направляет Страхователю на указанный им адрес электронной почты информацию в виде электронного сообщения о заключении договора страхования.

97. Несоблюдение письменной формы договора страхования влечет его ничтожность.

98. При сообщении Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений (информации) для заключения договора страхования, Страховщик вправе отказать в осуществлении страховой выплаты по наступившему страховому случаю или предпринять меры по признанию договора страхования недействительным в порядке, установленном действующим законодательством.

99. Страховщик вправе отказать от заключения договора страхования со Страхователем без объяснения причин отказа.

100. Ответственность за неполноту условий, подлежащих указанию в договоре страхования, несет Страховщик. В случае возникновения спора по договору страхования вследствие неполноты отдельных его условий спор решается в пользу Страхователя.

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . . 2020 г.	Стр. 20 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

101. Если по условиям договора страхования на Застрахованного, не являющегося Страхователем, возлагаются определенные обязанности, Страхователь должен получить письменное согласие Застрахованного на заключение договора страхования.

102. Заключение договора страхования в пользу Застрахованного не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому договору страхования.

103. В случае утраты договора страхования, Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает ему дубликат договора страхования, после чего утраченный договор страхования считается аннулированным, и страховые выплаты по нему не производятся. В случае повторной утраты Страхователем договора страхования, Страховщик вправе взыскать со Страхователя расходы по оформлению и выдаче дубликата договора страхования, но не более 0,1% от месячного расчетного показателя, установленного на день выдачи дубликата.

104. Внесение изменений и дополнений в Договор страхования производится на основании соответствующего форме заключения Договора страхования заявления Страхователя, путем оформления Страховщиком дополнительного соглашения к Договору страхования. Если страхование оформлено путем выдачи страхового полиса, то при внесении изменений и дополнений, страховой полис подлежит досрочному прекращению и оформлению нового.

## **15. Срок и место действия договора страхования**

105. Договор страхования заключается сроком на 12 (Двенадцать) месяцев, если иное не предусмотрено договором страхования.

106. Срок действия договора страхования согласовывается со Страхователем.

107. Если договором страхования не установлено иное, действие страховой защиты начинается с 00 часов 00 минут дня указанного в договоре страхования как дата начала действия договора страхования, при условии уплаты Страхователем страховой премии (при оплате ее в рассрочку - первого страхового взноса) на счет Страховщика и оканчивается в 00 часов 00 минут дня, следующего за датой, указанной в договоре страхования как дата окончания договора страхования.

108. После осуществления страховой выплаты, договор страхования сохраняет силу до конца срока его действия в размере суммы равной разнице между страховой суммой и размером осуществленной страховой выплаты, если иное не предусмотрено договором страхования.

109. Период действия договора страхования и страховой защиты оговариваются сторонами и указываются в договоре страхования.

110. Территорией страхования является территория, указанная в договоре страхования.

## **16. Дополнительное включение и досрочное исключение Застрахованного. Замена Застрахованного**

111. Дополнительное включение, досрочное исключение, а также замена Застрахованного совершается по соглашению сторон и оформляется дополнительным соглашением к договору страхования.

112. Замена Застрахованного осуществляется Страхователем с письменного уведомления Страховщика. При этом Страхователь подает заявление Страховщику о выдаче соответствующих документов новому лицу и возвращает документы Застрахованного, исключаемого из списка Застрахованных.

113. В случае если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных, не воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и\или медицинскими учреждениями из списка Страховщика, замена Застрахованного производится Страховщиком автоматически без оплаты на нового Застрахованного.

114. Замена и исключение Застрахованного из списка одновременно влечет за собой замену и исключение прикрепленных к нему Застрахованных членов семьи. Период действия договора страхования в отношении вновь включенного (замененного) Застрахованного начинается с даты замены и до окончания действия договора страхования.

115. Действие страховой защиты в отношении включенного (исключенного) Застрахованного и Прикрепленных к нему начинается (прекращается) со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления от Страхователя.

116. Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения заявления от Страхователя обязан изготовить и передать ему Карточки вновь включенного Застрахованного и Прикрепленных к нему.

117. Страхователь в течение 3 (Трех) рабочих дней со дня подачи заявления об исключении лица из списка Застрахованных обязан вернуть Страховщику Карточку исключаемого лица и к нему Прикрепленных членов семьи.

118. Список Застрахованных членов семьи не подлежит корректировке в течение страхового периода (т.е. прикрепленные члены семьи не подлежат замене в течение периода действия страховой защиты).

119. Если договором не предусмотрены другие условия дополнительного включения, то при дополнительном включении Застрахованного сотрудника в договор страхования на срок менее 12 (Двенадцати) месяцев, Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию, размер которой рассчитывается в зависимости от срока действия договора в отношении такого Застрахованного, при этом лимиты, установленные по отдельным категориям списания Программы, устанавливаются пропорционально в зависимости от срока действия договора в отношении такого Застрахованного в соответствии с табелем начисления:

Срок страхования (количество месяцев)	Размер части годовой страховой премии, оплачиваемый Страхователем, %
До 3 месяцев включительно	40
От 3 месяцев и одного дня до 4 месяцев включительно	50
От 4 месяцев и одного дня до 5 месяцев включительно	60
От 5 месяцев и одного дня до 6 месяцев включительно	70
От 6 месяцев и одного дня до 7 месяцев включительно	75
От 7 месяцев и одного дня до 8 месяцев включительно	80
От 8 месяцев и одного дня до 9 месяцев включительно	85
От 9 месяцев и одного дня до 10 месяцев включительно	90
От 10 месяцев и одного дня до 11 месяцев включительно	95
От 11 месяцев и одного дня до 12 месяцев включительно	100

120. При дополнительном включении члена семьи в список Застрахованных, страховая премия оплачивается в полном объеме за каждого Застрахованного прикрепленного члена семьи, при этом такое дополнительное включение осуществляется только в течение первых 15 (пятнадцать) дней с даты начала действия договора страхования в отношении основного Застрахованного, если иное не оговорено договором страхования

121. Страховщик не возвращает страховую премию Страхователю за исключаемого Застрахованного прикрепленного, в случаях, если Застрахованный и/или прикрепленные члены семьи воспользовались медицинскими услугами, предоставленными врачами и/или медицинскими учреждениями из списка Страховщика, если иное не оговорено договором страхования.

122. Страховщик не возвращает страховую премию Страхователю за исключаемого Застрахованного члена семьи ни при каких условиях, если иное не оговорено договором страхования.

123. При досрочном исключении Застрахованного, из списка Застрахованных, когда по данному Застрахованному страховые выплаты не осуществлялись, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, оплаченной за данного Застрахованного пропорционально сроку действия страховой защиты, если иное не предусмотрено договором страхования.

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . .2020 г.	Стр. 22 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

## 17. Условия прекращения договора страхования

124. Договор считается прекращенным в случаях:

- 1) истечения срока его действия;
- 2) досрочного прекращения действия договора страхования;
- 3) исполнения обязательств Страховщика в размере страховой суммы по договору страхования.

125. 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) изменения условий и сведений, включенных в страховой полис, если Договор страхования был заключен путем присоединения к Правилам и выдачи Страхователю страхового полиса;

б) в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности».

126. 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 сторону.

127. Стороны имеют право на досрочное расторжение договора страхования, о намерении досрочного прекращения действия договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 10 (Десять) рабочих дней до предполагаемой даты прекращения договора. Соглашение о расторжении договора страхования совершается в письменной форме.

128. При досрочном прекращении договора страхования, заключенного на срок 12 месяцев по обстоятельствам, предусмотренным пунктом 125 настоящих Правил, Страховщик имеет право на удержание 10% страховой премии по договору страхования на административные расходы, а также на часть страховой премии пропорционально истекшему периоду действия договора страхования, рассчитываемый методом про-рата.

129. Возврат страховых премий (взносов) при ликвидации страховщика осуществляется в соответствии с очередностью удовлетворения требований кредиторов, установленной законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.

130. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. При отказе Страхователя от договора страхования, если это не связано с обстоятельствами, указанными в пункте 125 настоящих Правил, уплаченная Страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату.

131. Страховая премия (ее часть) не подлежит возврату, если досрочное прекращение договора страхования производится после осуществления по нему страховой выплаты.

132. В случаях, когда досрочное прекращение договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возвратить Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью.

133. В случае если в течение 5 (Пяти) календарных дней со дня, следующего за днем неисполнения Страхователем своих обязательств по полной оплате страховой премии или первого/очередного страхового взноса, полная оплата страховой премии или первого/очередного страхового взноса не будет произведена, Страховщик в одностороннем порядке отказывается от исполнения договора страхования со дня, следующего за днем неисполнения Страхователем обязательства по уплате страховой премии или страхового взноса. При этом, Страховщик письменно уведомляет Страхователя об отказе от договора страхования, путем направления уведомления с указанием причин отказа от договора страхования, срока, с которого договор страхования расторгается.

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . . 2020 г.	Стр. 23 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

## **18. Изменение места нахождения или места жительства Страхователя**

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

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

136. Если место нахождения Страхователя находится за пределами Республики Казахстан, то Страхователь обязан указать Страховщику уполномоченное в Республике Казахстан лицо, ответственное за доставку корреспонденции Страхователю.

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

## **19. Обстоятельства непреодолимой силы**

138. Стороны освобождаются от ответственности, если докажут, что надлежащее исполнение своих обязательств оказалось невозможным вследствие обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, по причине которых стало невозможным выполнение стороной обязательств по договору страхования.

139. При наступлении обстоятельств невозможности полного или частичного исполнения любой из сторон обязательств по договору страхования, срок их исполнения отодвигается соразмерно времени, в течение которого действуют такие обстоятельства.

140. Если форс-мажорные обстоятельства будут продолжаться более трех месяцев, то каждая из сторон имеет право отказаться от дальнейшего исполнения обязательств по договору страхования. В этом случае ни одна из сторон не имеет права требовать от другой стороны возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования.

141. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств по договору страхования, должна в двадцатидневный срок известить другую сторону о наступлении или прекращении обстоятельств, препятствующих исполнению обязательств.

## **20. Порядок разрешения споров**

142. Все споры, возникающие между субъектами страхования по исполнению договора страхования, разрешаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

## **21. Особые условия**

143. Договором страхования могут быть предусмотрены иные условия, не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

144. На основании настоящих Правил Страховщик вправе разрабатывать программы страхования с различным набором страховых рисков и иными условиями страхования, не противоречащими законодательству Республики Казахстан.

145. В случае несоответствия содержания договора страхования настоящим Правилам предпочтение отдается договору страхования.

146. Информация, полученная сторонами при заключении и исполнении договора страхования, в том числе и не пользующаяся правовой охраной, а также сведения, которые могут рассматриваться как коммерческая тайна, могут быть раскрыты только с согласия другой стороны или исключительно в случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

147. Если договор страхования содержит условия, ухудшающие положение Страхователя по сравнению с теми, которые предусмотрены законодательными актами, действуют условия, установленные этими законодательными актами.

АО «СК «Сентрас Иншуранс»	ПС - 42 Правила добровольного страхования на случай болезни	Издание № 2 от . . . 2020 г.	Стр. 24 из 24
		Взамен издания №1 от 21 мая 2013 г.	

148. В части не урегулированной настоящими Правилами применяется действующее законодательство.



№ документа	Дата документа	№ документа	Дата документа

1. В соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан, в целях обеспечения безопасности и защиты информации, содержащейся в документах, подлежащих государственной защите, необходимо обеспечить их защиту от несанкционированного доступа, копирования, распространения и уничтожения.

Продумерено и проинформировано  
24 июня (он) 2022 г.

Начальник УС ДМС

Войнова Н.И.

