

"Қазақстан Халық Банкінің
өмірді сақтандыру бойынша
"Халық-Life"
еншілес компаниясы"
акционерлік қоғамы



Акционерное общество
"Дочерняя компания
Народного Банка Казахстана
по страхованию жизни
"Халық-Life"

О д о б р е н ы

решением Правления
АО "Халық-Life"

(протокол заседания
от 13 августа 2024 года № 51)

У т в е р ж д е н ы

решением Совета директоров
АО "Халық-Life"

(протокол заочного голосования членов
Совета директоров
от 02 сентября 2024 года № 44)

П Р А В И Л А

страхования от критических заболеваний

Данная электронная копия является копией утвержденного документа. Вводится в действие с 03.09.2024 г. В распечатанном виде данный документ используется для информации. Для заверения копии документа необходимо обратиться в ДПО.

г. Алматы 2024

Оглавление

Преамбула.....	3
Глава 1. Общие положения.....	3
Глава 2. Страховой случай. исключения из страховых случаев и ограничение страхования.....	5
Глава 3. Заключение договора страхования.....	11
§ 1. Порядок заключения договора страхования.....	11
§ 2. Порядок определения страховых сумм.....	12
§ 3. Порядок и сроки уплаты страховой премии.....	13
Глава 4. Исполнение договора страхования.....	14
§ 1. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая.....	14
§ 2. Порядок, условия и сроки осуществления страховых выплат.....	15
Глава 5. Права и обязанности страхователя, Общества и выгодоприобретателя по договору страхования.....	16
§ 1. Права и обязанности страхователя по договору страхования.....	16
§ 2. Права и обязанности Общества по договору страхования.....	17
Глава 5. Прочие положения.....	17

Настоящие Правила разработаны в соответствии с законодательством Республики Казахстан и определяют условия и порядок заключения и исполнения акционерным обществом "Дочерняя компания Народного Банка Казахстана по страхованию жизни "Халык-Life" (далее – страховщик) договоров страхования от критических заболеваний, а также права и обязанности страхователей, страховщика и выгодоприобретателей по таким договорам.

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Термины и условные (сокращенные) обозначения, использованные в настоящих Правилах, означают следующее:

"выгодоприобретатель" – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования (которое является получателем страховой выплаты по договору страхования);

"договор страхования" – договор страхования критических заболеваний;

"застрахованный" – физическое лицо, постоянно проживающее в Республике Казахстан - гражданин Республики Казахстан или лицо, получившее вид на жительство в Республике Казахстан, в чью пользу заключен договор страхования и кому непосредственно предоставляются услуги согласно Договору страхования;

"страховщик" – акционерное общество "Дочерняя компания Народного Банка Казахстана по страхованию жизни "Халык-Life";

"страхователь" – лицо, заключившее со страховщиком договор страхования;

"страховая выплата" – сумма денег, выплачиваемая страховщиком выгодоприобретателю при наступлении страхового случая;

"страховая премия" – сумма денег, которую страхователь обязан уплатить страховщику за принятие последним на себя обязательства осуществлять страховые выплаты;

"страховая сумма" – сумма денег, на которую застрахован объект страхования по договору страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности страховщика при наступлении страхового случая;

"страховой случай" – событие, с наступлением которого договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты;

"франшиза" – освобождение страховщика от возмещения ущерба, не превышающего размера, установленного договором страхования либо в течение срока, установленного договором страхования;

"программа страхования" – объем и виды медицинских услуг, предлагаемых застрахованному при наступлении страхового случая;

"ассистанс" – лицо, которое на основании договора со страховщиком, принимает на себя обязательство осуществлять организацию, координацию и контроль предоставления застрахованному услуг, предусмотренных договором страхования, на территории организации лечения, указанной в договоре страхования;

"территория страхования" – территория, на которую распространяется действие договора страхования;

"территория оказания услуг" – территория оказания медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования;

"поставщики услуг" – лица, имеющие соответствующие лицензии на оказание медицинских или иных услуг или продажу фармацевтических препаратов на территории организации лечения, установленной договором страхования и заключившие договоры на оказание услуг со страховщиком или ассистансом;

"курс иностранной валюты" – курс тенге по соотношению к доллару США, установленный Национальным Банком Республики Казахстан и применяемый в случаях и порядке, определенном настоящими Правилами;

"врач-специалист" – врач, получивший от компетентных официальных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющий необходимую квалификацию в области медицины, в которой требуется вынести дополнительное заключение;

"медицинские документы" – документы, относящиеся к состоянию здоровья застрахованного, в том числе заключение врача и затребованные Поставщиком услуги на его собственное усмотрение и в соответствии с его решением – с целью составления экспертного медицинского мнения (например, результаты рентгеноскопии, биопсии, анализов крови и мочи, анализов функций печени, ЭКГ, радиологических или ультразвуковых обследований, катетеризации и т. п.);

"история болезни" – медицинская информация, содержащая в том числе первое медицинское мнение;

"медицинское мнение" – заключение о состоянии здоровья застрахованного, данное врачом-специалистом. Наличие медицинского мнения в истории болезни застрахованного является необходимым условием передачи его истории болезни для получения экспертного медицинского мнения в соответствии с условиями договора страхования;

"экспертное медицинское мнение" – повторное заключение о состоянии здоровья застрахованного, вынесенное поставщиком услуги по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в медицинском мнении, которое было изложено врачом-специалистом в истории болезни застрахованного.

"год страхования" – двенадцатимесячный период, начинающийся с даты подписания договора страхования;

"продлонгация договора страхования" – продление срока действия договора страхования в отношении одного и того же застрахованного на каждый последующий год страхования без перерыва в действии договора страхования;

"страховой полис" – документ, подтверждающий факт договорных отношений между страховщиком и страхователем, содержащий основную информацию по договору и данные страховщика и страхователя;

"годовой лимит ответственности" — это максимальная сумма, которую страховщик обязуется выплатить по всем страховым случаям, произошедшим в течение одного страхового года по конкретному договору страхования;

"общий лимит ответственности" — это максимальная сумма, которую страховщик обязуется выплатить по всем страховым случаям, произошедшим в течение всего срока страхования, независимо от количества таких случаев, с учетом годовых лимитов ответственности;

"хирургия" – инвазивная стационарная операция, выполняемая в больнице (включая дневное отделение) зарегистрированным хирургом, проникающая в ткани для лечения заболевания и / или раны и / или восстановления дефицита или деформации в теле застрахованного.

2. Для заключения договора страхования в соответствии с выбранной программой страхования страхователь обязан указать соответствующую программу страхования в заявлении на страхование, заполняемом по форме, установленной страховщиком.
3. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Республики Казахстан, имущественные интересы застрахованного, связанные с медицинскими расходами в связи с критическими заболеваниями застрахованного, а также иными расходами, прямо предусмотренными условиями соответствующей программы страхования.
4. Страхователем по договору страхования может быть, как физическое, так и юридическое лицо.
5. Страхователь является застрахованным, если иное не предусмотрено договором страхования. Возраст застрахованного лица не может превышать 65 лет на дату начала срока страхования и не может превышать 70 лет при ежегодной пролонгации договора страхования.

Не подлежат страхованию лица, которые:

- 1) являются инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства.

Указанные лица могут быть приняты на страхования по согласованию с андеррайтером;

- 2) достигли возраста 65 (шестидесяти пяти) лет и более на момент заключения договора страхования, если иное не оговорено договором страхования;
 - 3) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических и кожно-венерологических диспансерах или наблюдаются и получают лечение с указанными заболеваниями в иных медицинских учреждениях;
 - 4) госпитализированы на момент заключения договора страхования по любому заболеванию.
6. Выгодоприобретателем по договору страхования является застрахованное лицо.
 7. Территория страхования – Республика Казахстан. При этом критическое заболевание может быть диагностировано в любой точке мира.

Глава 2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

8. Страховым случаем является впервые диагностированное в течение действия договора страхования критическое заболевание, предусмотренное в пунктах 10-13 настоящих Правил, при наступлении которого застрахованный обращается в течение срока действия договора страхования к страховщику для организации предусмотренных договором страхования медицинских и иных услуг с учетом условий, предусмотренных договором страхования. Лимиты ответственности по

страховым случаям, условия организации услуг определяются в соответствии с программами страхования от критических заболеваний.

9. В программе страхования могут быть предусмотрены в совокупности или в любой их комбинации указанные в настоящих Правилах критические заболевания или состояния здоровья, повлекшие потребность застрахованного в организации медицинских и иных услуг.
10. Страховая защита по риску "злокачественные новообразования" распространяется на впервые диагностированное в период действия договора страхования злокачественное новообразование, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа, и приведшее к обращению Застрахованного лица за организацией медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей Программой страхования. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или – в случае системных злокачественных новообразований – цитологическими доказательствами.

Не являются страховым случаем следующие заболевания, повлекшие обращение застрахованного для организации медицинских и иных услуг:

- 1) Злокачественные новообразования, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinoma in situ, включая дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые.
- 2) Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.
- 3) Заболевания кожи следующих типов:
Гиперкератоз и базальноклеточная карцинома;
Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.
- 4) Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).
- 5) Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или резвившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.
- 6) Хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ) (код МКБ-10 C91.10).

11. Страховая защита по риску "трансплантация органов" распространяется на впервые диагностированное в период действия договора страхования заболевание, приведшее к обращению застрахованного лица за трансплантацией, которая подразумевает хирургическую ампутацию или удаление лёгкого, сердца, почки, поджелудочной железы, печени или их комбинации, с последующей имплантацией целого органа или его части, полученного от другого человека, либо за трансплантацией костного мозга, полученного от донора.

Страховой случай, связанный с трансплантацией, будет считаться таковым при одновременном выполнении следующих условий:

- 1) Два врача-специалиста в соответствующей области медицины определяют необходимость трансплантации на основании принятых медицинских критериев.
 - 2) Трансплантация будет выполняться в признанной больнице, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация.
 - 3) Трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками.
 - 4) Трансплантация будет производиться в соответствии с принятыми этическими нормами той страны, где будет выполняться Трансплантация.
 - 5) При наличии органа, подходящего для трансплантации Застрахованному лицу, и при определении больницы, которая взяла на себя выполнение трансплантации в пределах лимита ответственности по программе страхования.
12. Страховая защита по риску "кардиохирургия" распространяется на впервые диагностированное в период действия договора страхования заболевание сердечно-сосудистой системы, приведшее к обращению застрахованного лица за кардиохирургической операцией или другим медицинским услугам, предусмотренным соответствующей программой страхования, включая операции, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путём обхода участка сужения (блокировки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью шунтов; замену или лечение одного или нескольких клапанов сердца; ангиопластику, стентирование, а также хирургическое лечение нарушений ритма сердца в соответствии с рекомендациями кардиолога.

При наступлении страхового случая кардиохирургическая операция должна проводиться только по медицинским показаниям, в соответствии с условиями программы страхования и ее исключениями.

Диагноз должен быть установлен в течение срока действия договора страхования и подтвержден результатами визуальных тестов. При этом катетеризация сердца, включая ангиография, не считается операцией на сердце и не является страховым случаем, за исключением случаев стентирования сердца посредством чрескожного коронарного вмешательства.

13. Страховая защита по риску "нейрохирургия" распространяется на впервые диагностированное в период действия договора страхования заболевание, предусмотренное соответствующей программой страхования, приведшее к обращению застрахованного лица за нейрохирургической операцией. Нейрохирургия или нейрохирургическая операция включает любое плановое хирургическое вмешательство, рекомендованное нейрохирургом, на мозг, другие внутричерепные структуры, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга и его оболочек.

При наступлении страхового случая нейрохирургическая операция должна проводиться только по медицинским показаниям, в соответствии с условиями программы страхования и ее исключениями.

Нейрохирургические операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травмами, другими

заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных опухолей, а также врожденными дефектами.

14. Не признается страховым случаем и, следовательно, страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг, обращение застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг:
- 1) при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования, и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после прекращения договора страхования;
 - 2) лицу, не являющемуся застрахованным лицом по договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи застрахованным лицом договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и программой страхования;
 - 3) не назначенных застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;
 - 4) в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
 - 5) в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;
 - 6) в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;
 - 7) в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности застрахованного лица непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;
 - 8) в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - 9) в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;
 - 10) в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;
 - 11) связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию на территории организации лечения;

- 12) в связи со злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);
 - 13) не предусмотренных договором страхования;
 - 14) в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;
 - 15) в связи со службой застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, тюремных службах;
 - 16) в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно застрахованному до даты начала действия страхования, если лечение, предусмотренное договором страхования, было рекомендовано или запланировано до момента его заключения;
 - 17) в связи с получением застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных договором страхования или выбор которых не был согласован со страховщиком;
 - 18) в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;
 - 19) в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития любого вида.
15. В рамках страхования по настоящим Правилам не подлежат оплате следующие услуги (исключения из страховых случаев):
- 1) услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги, не предусмотренные программой страхования, услуги, оказанные вне сроков действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных программой страхования;
 - 2) не назначенных застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;
 - 3) услуги, необходимость оказаний которых возникла в связи с нарушением застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях;
 - 4) услуги, прямо не предусмотренные договором страхования;
 - 5) психириургия;
 - 6) лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;

- 7) лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника;
- 8) хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга следующих случаях:

если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена программой страхования;

если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;

если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;

если при трансплантации органов застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;

если трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга);

медицинские и иные услуги, выполняемые в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции/удаления молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями;

услуги, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);

услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.

16. Страховщик вправе отказать страхователю в страховой выплате, если страховой случай произошел вследствие:

- 1) войны, вторжения, враждебных действий иностранного государства, военных или подобных им операций (независимо от того объявлена война или нет) или гражданской войны;
- 2) мятежа, забастовки, локаутов, гражданских беспорядков, приобретающих размеры или разрастающихся до народного восстания, бунта, гражданских волнений, военного мятежа, революции, военного захвата или узурпации власти, конфискации, реквизиции или национализации имущества, актов терроризма;
- 3) радиоактивного излучения или загрязнения радиоактивным топливом или радиоактивными отходами от сжигания атомного топлива.

17. Основанием для отказа страховщика в осуществлении страховой выплаты также являются:

- 1) сообщение страхователем (застрахованным) страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

- 2) умышленные действия страхователя (застрахованного), направленные на наступление страхового случая;
- 3) воспрепятствование страхователем (застрахованным) страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного им убытка;
- 4) не уведомление в установленный срок о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и/или последствием которого может быть наступление страхового случая;
- 5) не предоставление документов, указанных в пункте 43 настоящих Правил.

Глава 3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

§ 1. Порядок заключения договора страхования

18. В рамках настоящих Правил договор страхования заключается в письменной форме путем:
 - 1) составления сторонами договора страхования;
 - 2) присоединения страхователя к правилам страхования и/или условиям страхования, разработанным страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и оформлением страховщиком страхователю страхового полиса. Заявление, страховой полис, правила страхования и/или условия страхования, вместе, являются договором страхования.
19. При заключении договора страхования путем присоединения страхователем к настоящим Правилам и/или условиям страхования, своей оплатой страховой премии страхователь подтверждает, что до заключения договора страхования ознакомился с правилами страхования и/или условиями страхования, разработанными страховщиком в одностороннем порядке, и присоединился к ним, а также ознакомился и подтвердил сведения, указанные в декларации по выбранной программе страхования.

Лицо, пожелавшее заключить договор страхования, обязано ознакомиться и подтвердить все сведения, изложенные в заявлении и декларации по установленной форме (в зависимости от выбранной программы страхования).

Заполненное заявление на страхование и декларацию по выбранной программе страхования, с которой Страхователь ознакомился и которую подтвердил, будут являться основанием для заключения договора страхования и его неотъемлемой частью.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что страхователь сообщил страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в декларации по выбранной программе страхования, страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты.
20. Если иное не предусмотрено договором, договор страхования вступает в силу со дня, следующего за днем поступления страховой премии (либо первого страхового взноса - при уплате страховой премии в рассрочку) в полном объёме на расчётный счет Страховщика, и действует 1 (один) год с применением установленного пунктом 21 настоящих Правил периода ожидания (временной франшизы).

21. В договоре страхования может быть установлена временная франшиза (период ожидания).
22. Страховая защита по рискам «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия» вступает в силу по истечении периода ожидания, равного 90 (девяноста) календарным дням с даты начала срока страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.
23. Страховая защита по риску «Трансплантация органов» вступает в силу по истечении периода ожидания равного 180 (Ста восьмидесяти) календарным дням с даты начала срока страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.
24. События, наступившие в период ожидания, не являются страховыми и не покрываются договором страхования.
25. В групповом страховании периоды ожидания применяются также в отношении новых застрахованных, прикрепляемых к договору страхования, с первого дня прикрепления.
26. В случае пролонгации договора страхования в отношении одного и того же застрахованного лица на второй и последующие годы страхования временная франшиза во второй и последующие годы страхования не применяется. Размер страховой премии при продлении договора страхования на новый срок страхования может быть пересмотрен. Пролонгация допускается в период не ранее 30 (тридцати) календарных дней до даты истечения договора страхования.
27. В случае истечения срока действия договора страхования при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено, счет за которое был выставлен в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента истечения срока действия договора страхования. Если обращение по страховому случаю было подано и согласовано страховщиком в течение срока действия договора страхования, страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (тридцать) последовательных дней после истечения срока действия договора страхования.

Если в последний месяц срока действия договора страхования застрахованному установлен диагноз, соответствующий страховому случаю согласно условиям настоящих Правил, страхователь вправе на тех же условиях продлить срок действия договора страхования. В случае неуплаты страхователем очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку в виде периодических страховых взносов) в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования, договор страхования автоматически прекращает свое действие, и страховщик не несет обязательств по страховым случаям, наступившим с даты, когда такой взнос будет считаться просроченным. Автоматическое прекращение подразумевает прекращение договора страхования без предварительного уведомления страхователя, в 00.00 часов дня, когда такой платеж будет считаться просроченным.

§ 2. Порядок определения страховых сумм

28. Размеры страховых сумм определяются по соглашению сторон и указываются в договоре страхования.

29. Страховая сумма является предельным объемом ответственности страховщика по договору страхования при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев за весь срок действия договора страхования, который определяется по соглашению между страхователем и страховщиком отдельно в соответствии с выбранной программой страхования. Страховая сумма может быть установлена как по всему договору страхования, так и по отдельным видам услуг и/или заболеваниям, как для каждого застрахованного, так и в целом для страхователя, в соответствии с условиями договора страхования, но не более лимитов ответственности, определенных в настоящих Правилах и в программе страхования.
30. Совокупный размер страховых выплат не может превышать размера страховой суммы.
31. Страховая сумма (лимит ответственности) по договору страхования является уменьшаемой (агрегатной) величиной, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока страхования (или на начало года страхования применительно к годовому лимиту ответственности) и суммы страхового возмещения, выплаченного страховщиком в течение срока страхования (применительно к годовому лимиту ответственности – выплаченного в течение текущего года страхования).

Если годовой лимит ответственности на застрахованное лицо оказывается исчерпан полностью, действие договора страхования приостанавливается в отношении этого застрахованного лица до даты очередной пролонгации договора страхования и затем восстанавливается в отношении этого страхового лица с момента пролонгации договора страхования при условии оплаты полностью страховой премии за очередной период, на который был пролонгирован договор страхования.

Если общий лимит ответственности на застрахованное лицо оказывается исчерпан полностью, обязательства страховщика по договору страхования в отношении этого застрахованного лица считаются полностью исполненными. При этом договор страхования в отношении застрахованного прекращается досрочно, а уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату страхователю. В случае исчерпания общего лимита ответственности на застрахованного, договор страхования не подлежит пролонгации и новый договор страхования не заключается в отношении этого застрахованного.

§ 3. Порядок и сроки уплаты страховой премии

32. Уплата страховой премии по договору страхования производится страхователем единовременно либо в рассрочку в виде периодических страховых взносов с учетом коэффициента индексации.
33. Периодичность уплаты, сроки уплаты страховых взносов и размер страховых взносов указываются в договоре страхования.
34. Коэффициент индексации равен отношению курса иностранной валюты на дату, предшествующую дате уплаты страхового взноса, указанного в Договоре страхования, к курсу иностранной валюты на дату заключения договора страхования.

35. При месячной периодичности дата уплаты страхового взноса определяется в соответствии с днем даты заключения договора страхования каждого месяца года страхования.
36. Если в текущем календарном месяце не существует число, соответствующее числу даты заключения договора страхования, то дата уплаты страхового взноса приходится на ближайшую предшествующую дату этого месяца.
37. Каждый индексированный страховой взнос страхователь обязан уплатить не позднее установленной даты. В противном случае страховой взнос будет считаться просроченным.
38. Страховая премия уплачивается безналичным платежом на банковский счет Страховщика.

Глава 4. ИСПОЛНЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

§ 1. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая

39. Доказывание наступления страхового случая, а также причиненных им убытков возлагается на страхователя (застрахованного).
40. При наступлении страхового случая страхователь (застрахованный) обязан незамедлительно уведомить о его наступлении сервисную компанию и/или страховщика посредством подачи уведомления на бумажном носителе или электронного обращения через личный кабинет страхователя на интернет-ресурсе страховщика и сообщить:
 - 1) свою фамилию, имя, номер и дату заключения договора страхования;
 - 2) свое местонахождение, контактные телефоны;
 - 3) описать обстоятельства страхового случая и возможный характер требуемой медицинской помощи, а также предоставить медицинские документы и результаты обследования, указанные в пункте 43 настоящих Правил.
41. После получения указаний от ассистанса и/или страховщика, застрахованный должен действовать в строгом соответствии с полученными указаниями.
42. При наступлении страхового случая, ассистанс от имени страховщика обеспечивает застрахованному оказание медицинской помощи и других дополнительных услуг, указанных в договоре страхования.
43. При наступлении страхового случая страхователь (застрахованный) обязан представить страховщику и/или ассистансу следующие документы, подтверждающие установление диагноза критического заболевания или иного состояния, повлекшего наступление страхового случая:
 - 1) копии выписок медицинской карты застрахованного, заверенные печатью выдавшего учреждения;
 - 2) результаты коронарной ангиографии, магнитно-резонансной томографии, электрокардиографии, эхокардиографии, рентгенографии, гистологического

- исследования (биопсии), биохимического исследования крови и иные результаты медицинского обследования, если это необходимо для подтверждения заболевания критической болезнью, заверенные печатью выдавшего учреждения;
- 3) заключение невропатолога, офтальмолога, онколога, кардиолога, хирурга и/или иного врача-специалиста для подтверждения диагноза критической болезни, заверенное печатью выдавшего учреждения;
 - 4) копию амбулаторной карты, заверенную печатью выдавшего учреждения.
44. В документах, подтверждающих наступление страхового случая, а именно на электрокардиограммах, рентгенограммах, результатах обследования на компьютерном томографе и других документах/изображениях, явившихся результатом машинной обработки, информация о имени и дате рождения должны составлять единое целое с документом/изображением без возможности их исправления, на иных документах – медицинских справках, медицинских выписках, медицинских отчетах и прочих, фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения должны быть указаны способом, исключающим возможность их исправления.
45. В случае, если правоохранительными органами рассматривался вопрос о возбуждении уголовного дела по страховому случаю с застрахованным, Страховщик вправе также затребовать постановление об отказе в возбуждении уголовного дела либо постановление о возбуждении уголовного дела правоохранительных органов, или постановление о прекращении уголовного дела указанных органов или суда, либо приговор суда.
46. Кроме перечисленных документов, страховщик может затребовать у страхователя и другие документы, если, с учетом конкретных обстоятельств, отсутствие у страховщика запрашиваемых документов делает невозможным (или крайне затруднительным) для него установление факта и причин страхового случая.
47. В случае непредставления страхователем (выгодоприобретателем) всех документов, предусмотренных пунктом 43 настоящих Правил, страховщик не позднее 3 (трёх) рабочих дней с даты получения последнего документа от страхователя (выгодоприобретателя), направляет уведомление в адрес страхователя (выгодоприобретателя) о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты.
48. Документы, подтверждающие оказание услуг, предусмотренные договором страхования, предоставляются сервисной компанией согласно перечню документов, указанных в договоре об оказании услуг застрахованным, заключенному между страховщиком и сервисной компанией.

§ 2. Порядок, условия и сроки осуществления страховых выплат

49. Общая сумма страховых выплат и/или сумма страховых выплат по отдельным видам услуг в течение всего срока действия заключенного договора страхования, осуществленных в пользу застрахованного, не может превышать страховой суммы, установленной договором страхования и/или страховых сумм (лимитами ответственности) по соответствующим видам услуг (предусмотренных в условиях

страхования). В случае, если общая страховая сумма, установленная программой страхования застрахованного исчерпана, обязательства страховщика в отношении такого Застрахованного по договору страхования прекращаются. В случае исчерпания страховой суммы по соответствующему виду услуги, страховщик прекращает осуществление страховых выплат по этому виду услуги.

50. Решение об осуществлении страховой выплаты или отказе в ее осуществлении принимается в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в пункте 43 настоящих Правил. В случае отказа в осуществлении страховой выплаты Страховщик должен известить Страхователя (Застрахованное лицо) в письменной форме с описанием причин отказа.
51. Выгодоприобретателем по страховой выплате является застрахованный. Страховая выплата осуществляется путем оплаты стоимости, соответствующих медицинских и иных услуг, полученных застрахованным в связи со страховым случаем, непосредственно в сервисную компанию и/или поставщикам услуг в соответствии с условиями договора между страховщиком и сервисной компанией.
52. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинской и/или иной услуги полученной застрахованным в связи со страховым случаем, который устанавливается на основании документов, перечисленных в пункте 43 настоящих Правил.
53. Страховщик имеет право за свой счет провести дополнительное медицинское обследование для установления состояния здоровья застрахованного и правильности назначенного лечения. Результаты такой экспертизы или дополнительного медицинского обследования могут служить основанием решения страховщика об осуществлении страховой выплаты или отказе в страховой выплате.

Глава 5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА И ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

§ 1. Права и обязанности страхователя по договору страхования

54. Страхователь имеет следующие права по договору страхования:
 - 1) отказаться от договора страхования;
 - 2) требовать от страховщика исполнения его обязательств по договору страхования;
 - 3) проверять соблюдение страховщиком условий договора страхования;
 - 4) требовать от страховщика разъяснений условий страхования, своих прав и обязанностей по договору страхования;
 - 5) иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.
55. Страхователь несет следующие обязанности по договору страхования:
 - 1) уплачивать страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;

- 2) информировать страховщика о состоянии страхового риска;
- 3) уведомить страховщика о наступлении страхового случая в сроки, установленные договором страхования;
- 4) иные обязанности, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

§ 2. Права и обязанности страховщика по договору страхования

56. Страховщик имеет следующие права по договору страхования:

- 1) проверить обстоятельства и причины наступления страхового случая;
- 2) направлять запросы третьим лицам, которые могут обладать информацией, относящейся к страховому случаю;
- 3) потребовать дополнительного медицинского обследования застрахованного врачами, назначенными страховщиком, в том числе для проверки обстоятельств, причины и последствий страхового случая;
- 4) иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

57. Страховщик несет следующие обязанности по договору страхования:

- 1) осуществлять страховые выплаты выгодоприобретателям в соответствии с договором страхования и выбранной программой страхования;
- 2) ознакомить страхователя (застрахованное лицо) с настоящими Правилами и по его требованию представить (направить) копию настоящих Правил. В этом случае страховщик обязано предоставить копии настоящих Правил на бумажном носителе либо направить страхователю электронную (сканированную) копию настоящих Правил по указанному страхователем адресу электронной почты или предоставить ссылки на публикации настоящих Правил на интернет-ресурсе страховщика или интернет-ресурсе партнера страховщика (по выбору страхователя);
- 3) в случаях непредставления страхователем (застрахованным, выгодоприобретателем) либо его представителем документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить их о недостающих документах в срок, установленный настоящими Правилами;
- 4) иные обязанности, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

Глава 6. ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

58. Договор страхования прекращает свое действие в следующих случаях:

- 1) истечение срока действия договора страхования;
- 2) исполнения обязательств страховщика (осуществление страховщиком страховой выплаты (страховых выплат) в размере страховой суммы по Договору страхования);
- 3) досрочного прекращения договора страхования;

- 4) неуплаты страховой премии или страхового взноса в размере и сроки, установленные договором страхования
 - 5) в иных случаях согласно Гражданскому кодексу Республики Казахстан.
59. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время путем письменного уведомления страховщика за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения, если иное не предусмотрено в договоре страхования.
60. Любые сообщения (извещения, заявления, уведомления, объяснения, иные возможные сообщения), относящиеся к договору страхования, должны отправляться способами, позволяющими подтвердить их отправку.
- Допускается отправка страховщику сообщений страхователя, связанных с договором страхования, посредством личного кабинета страхователя на интернет-ресурсе страховщика (при наличии у страхователя необходимой для этого учетной записи).
61. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора страхования в соответствии с правилами страхования и законодательством Республики Казахстан
62. При утрате договора страхования или страхового полиса страхователь обязан поставить в известность страховщика и предоставить заявление на получение дубликата. Дубликат договора страхования или страхового полиса выдается страховщиком при условии, что все страховые взносы (страховая премия), подлежащие оплате страхователем на дату подачи заявления уплачены полностью. После выдачи страховщиком соответствующего дубликата утраченный договор страхования или страховой полис становится недействительным.
63. Все споры между сторонами, заключившими договор страхования, будут разрешаться путем переговоров. Если такие споры не могут быть разрешены путем переговоров, они подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Казахстан по месту нахождения ответчика.
64. При предоставлении страховщиком возможности урегулирования страхового случая на своем интернет-ресурсе, требование об осуществлении страховой выплаты может быть предварительно направлено в электронной форме с приложением документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, в виде электронных копий или электронных документов. При этом требование о страховой выплате в электронной форме не освобождает заявителя от представления страховщику оригиналов необходимых документов, по месту нахождения страховщика.
65. По соглашению между страхователем и страховщиком могут быть заключены договоры страхования, предусматривающие изменение, исключение отдельных положений правил страхования, а также дополнительные условия, определяемые при заключении договора страхования и отражаемые в страховом полисе.
66. Все, что не регламентировано настоящими Правилами, регулируется законодательством Республики Казахстан и/или в соответствии с ним.

Если в результате изменения законодательства Республики Казахстан отдельные положения настоящих Правил вступают в противоречие с законодательством Республики Казахстан, эти положения автоматически утрачивают силу без внесения

соответствующих изменений в настоящие Правила. Если одно из положений настоящих Правил становится недействительным, то это не затрагивает действие остальных положений настоящих Правил.

67. Настоящие Правила составлены на казахском и русском языках.