Утверждены
Решением Совета директоров
АО «СК «Сентрас Иншуранс»
от «21» мая 2013г.
Протокол № 13

Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Страховая Компания «Сентрас Иншуранс»

1. Общие положения

1. На условиях настоящих Правил Акционерное общество «Страховая компания «Сентрас Иншуранс», именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает договоры добровольного страхования на случай болезней (далее – Договор страхования), со Страхователями.
2. По Договору страхования Страхователь оплачивает Страховщику страховую премию, а Страховщик гарантирует предоставление медицинских услуг Страхователю (Застрахованному) в объеме, предусмотренном Договором страхования.
3. Страхователями по Договору страхования могут быть:
   1) дееспособные физические лица (независимо от гражданства), заключившие Договор страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее - Застрахованные);
   2) 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 (далее - Застрахованные).
4. В случае если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного, предусмотренные настоящими Правилами.
5. Застрахованным по настоящим Правилам может быть лицо, в возрасте не младше 1 года и не старше 65 лет на день заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.
6. По Договору страхования Страхователь оплачивает Страховщику страховую премию, а Страховщик гарантирует предоставление медицинских услуг Страхователю (Застрахованному) в объеме, предусмотренном Договором страхования.
7. В настоящих Правилах употребляются следующие понятия:

Административные расходы – расходы Страховщика по ведению и сопровождению Договора страхования.

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

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

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

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

Страхователем.

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

Застрахованный - лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Страховщик - АО «Страховая компания «Сентрас Иншуранс»

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

Экстренные медицинские показания - показания, при которых медицинская помощь должна быть оказана немедленно, а именно в первые сутки после возникновения случая, и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечёт за собой развитие тяжёлых необратимых состояний организма, вплоть до летального исхода.
Участники медицинской сети - медицинские организации, врачи, аптеки, которые заключили со Страховщиком или медицинской сервисной компанией специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и(или) медикаментов Застрахованным.
Члены семьи - прямые родственники Застрахованного: супруг (супруга), родители в возрасте до 65 лет и дети в возрасте от 1 года до 23 лет, если иное не предусмотрено Договором страхования.

2. Объект страхования

8. 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

9. Страховым случаем является обращение Застрахованного в период действия страховой защиты к врачам и/или в медицинские организации из списка Страховщика за получением консультативной, лечебной или иной медицинской помощи и/или приобретением медицинских препаратов, вызванных острым заболеванием, обострением хронического заболевания, травме, а также с целью прохождения профилактического осмотра (если это предусмотрено Программой) и, связанное с этим возникновение расходов Застрахованного, в соответствии с выбранной Программой и Договором страхования.

4. Страховая сумма (лимит ответственности)

10. Страховая сумма (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.
11. Страховые суммы по каждой категории списания устанавливаются Программой страхования и указываются отдельно.
12. 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.
13. Размер общей страховой суммы указывается в Договоре страхования.
14. В отношении основного Застрахованного, дополнительно принимаемого на страхование на срок менее 12 месяцев, страховые суммы устанавливаются в объеме в соответствии с Договором страхования.
15. 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.

5. Страховая премия

16. Страховая премия за каждого основного Застрахованного определяется выбранной Программой страхования.
17. Страховая премия на каждого Застрахованного члена семьи определяется выбранной Программой страхования.
18. Размер общей суммы страховой премии по Договору страхования представляет собой сумму страховых премий за всех Застрахованных, включенных в список Застрахованных.
19. При внесении изменений в список Застрахованных, размер дополнительно оплачиваемой Страхователем страховой премии определяется в соответствии с разделом 16 настоящих Правил страхования.
20. Страховая премия (страховые взносы) подлежит оплате Страхователем в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента предоставления Страховщиком соответствующего счета на оплату, если иное не предусмотрено Договором страхования.
21. Порядок оплаты страховой премии определяется Договором страхования.
22. Страховая премия может быть оплачена наличными денежными средствами, безналичным платежом, почтовым переводом или иным способом по согласованию сторон.

6. Застрахованные

23. Застрахованными могут быть лица в возрасте от 1 года до 65 лет, если иное не оговорено Договором страхования.
24. К одному Застрахованному может быть прикреплено не более 3-х членов семьи, если иное не оговорено Договором страхования.
25. 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, сирингомиелия, 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, гипофизарный 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.

26. При выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии у Застрахованного ранее диагностированных заболеваний, указанных в пункте 25 настоящих Правил, на момент заключения Договора страхования, Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц, подлежит досрочному расторжению, а оплаченная страховая премия по ним не возвращается.

27. Если заболевания, указанные в пункте 25 настоящих Правил, 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 элекрокардиограмма, однократно в страховой период УЗИ, УЗДГ, рентгенологическое исследование (исключая другие лабораторноинструментальные 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 25 настоящих Правил, Страховщиком не покрываются.

7. Исключения из страховых случаев и ограничение страхования

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

1) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения);

2) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением следующих заболеваний:

- 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, чума, холера, желтая лихорадка, геморрагические вирусные лихорадки, брюшной тиф и паратифы, ящур, бешенство, лептоспироз, листериоз, туляремия, бруцеллез, эхинококкоз, иерсиниоз, сальмонеллез, риккетсиоз, клещевой энцефалит, дизентерия, сибирская язва, дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, вирусные гепатиты; инфекционный менингит;
- врожденные, наследственные заболевания и пороки развития, детский церебральный

паралич;

- другие инфекционные заболевания, в том числе заболевания, требующие санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдение за контактными лицами, кроме: острых респираторных заболеваний;
- микозы, кроме микозов слизистых оболочек полости рта, ЛОР-органов, легочного микоза, кандидоза ЖКТ, урогенитальных микозов;
- заболевания кишечника: дисбактериоз и(или) целиакия (исключение дети до 1 года), неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, хронический энтерит;
- паразитозы и(или) гельминтозы независимо от вида и нозологии, в том числе демодекоз;
- эндокринные заболевания: заболевания щитовидной железы, за исключением тиреоидитов, синдром нарушения толерантности к глюкозе, сахарный диабет 1 - II типа, несахарный диабет; феохромоцитома, Аддисонова болезнь; гипофизарный нанизм, хронический гипокортицизм;
- хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения 2 – 3 стадии;
- заболевания мочеполовой системы: острый и хронический простатит, независимо от этиологии, аденома предстательной железы, эрозия шейки матки (в том числе псевдоэррозия, лейкоплакия), поликистоз почек; поликистоз яичников; хронический гломерулонефрит, заболевания, сопровождающиеся ХПН 2-3 ст, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения;
- заболевания печени: цирроз печени, хронические гепатиты, стеатогепатоз;
- хронические заболевания дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;
- заболевания центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствия; гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова);
- заболевания сосудов: варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, варикозное расширение вен прямой кишки; аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующий эндоартериит. облитерирующий атеросклероз синдром Вегенера;
- хронические кожные заболевания: псориаз, нейродермит атопический дерматит, аллопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая болезнь, а так же любые виды/формы лишая, независимо от нозологии;
- ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); дерматомиозит, синдром Шегрена, системная склеродермия, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм; ревматоидный артрит; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит; болезнь Бехтерева, СКВ (системная красная волчанка);

заболевания двигательного аппарата: остеопорозы, хронические остеомиелиты, хронические артриты и артрозы любой этиологии, остеохондроз, за исключением сопровождающегося выраженным мышечно-тоническим синдромом и/или экстренными состояниями. в случае обращения Застрахованного по поводу хронической недостаточности мозгового кровообращения: энцефалопатии (дисциркуляторная, перинатальная и т.д.), внутричерепной гипертензии, любого вида дистонии (вегетососудистая, нейроциркуляторная) и их осложнений, Страховщик покрывает независимо от количества страховых случаев:

- выезд бригады скорой медицинской помощи при наличии экстренных показаний;
- консультации невропатолога;
- консультации физиотерапевта;
- медикаментозную терапию в пределах лимита;
- стационарное лечение при наличии экстренных показаний.

глазные болезни: астигматизм, миопия и гиперметропия, катаракта, глаукома, хирургическое (в

т.ч. лазерное) лечение заболеваний глаз, кроме острых состояний (травмы, ожоги, инородные тела, отслойка сетчатки), биостимуляция глазного яблока, подбор очков хирургическое лечение гиперпластических процессов;
медицинские расходы, связанные с диагностикой у Застрахованного заболеваний, указанных в подпункте 2) пункта 28 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, при необходимости элекрокардиограмма, однократно в страховой период УЗИ, УЗДГ, рентгенологическое исследование (исключая другие лабораторно-инструментальные исследования), либо до окончания курса стационарного лечения, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен.

3) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением новообразований;

4) медицинским расходам, связанным с пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией;

5) медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явилось алкогольное, наркотическое или токсикоманическое опьянение Застрахованного;

6) медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились умышленные действия Застрахованного, направленные на наступление страхового случая, включая попытки самоубийства; а также иные действия Застрахованного, признанные умышленными преступлениями или административными правонарушениями в порядке, установленном законодательными актами, находящимися в причинной связи со страховым случаем;

7) медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились воздействие радиации, военные действия, гражданская война, народные волнения всякого рода, массовые беспорядки или забастовки, стихийные бедствия;

8) медицинским расходам, связанным с прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием) для поступления на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения, на работу или воинскую службу, для участия в спортивных мероприятиях, для получения разрешения на въезд в другое государство, для получения разрешения на управление транспортным средством, ношение оружия, для получения отсрочки или освобождения от воинской службы, для получения справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, мероприятий;

9) медицинским расходам, связанным с 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;

10) медицинским расходам, связанным с проведением стерилизации или прерыванием беременности за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери;

11) медицинским расходам, связанным с любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни Застрахованного;

12) медицинским расходам, связанным с экстракорпоральными методами лечения (гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, УФО крови, лазерное облучение крови и т.д.), включая аутогемотерапию, кишечное орошение и жемчужные ванны; а также медицинским расходам, связанным с гипербарической оксигенацией (ГБО), за исключением случаев, когда данный метод является необходимым для спасения жизни Застрахованного;

13) медицинским расходам, связанным с нетрадиционными методами диагностики и лечения, а также некоторыми традиционными методами лечения, а именно: гомеопатия, гирудотерапия, иглотерапия рефлексотерапия, нетрадиционная диагностика, нетрадиционные системы

оздоровления, энергоинформационная система оздоровления, мануальная терапия, бальнеотерапия, водолечение, грязелечение озонотерапия, механотерапия, тракционное лечение, общий массаж, методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны;

14) медицинским расходам, связанным с проведением ангиографии, а также хирургическими вмешательствами: (все виды шунтирования, стентирования, любые хирургические вмешательства на сердце: установка ИВР, радиочастотная обляция и т.д.);

15) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением бесплодия и нарушением потенции, климактерическим синдромом;

16) медицинским расходам по проведению урологического массажа;

17) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением заболеваний, передающиеся половым путем (ЗППП): гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, гарднереллез.;

18) медицинским расходам, связанным с диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ, если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;

19) медицинским расходам, связанным с диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;

20) медицинским расходам, связанным со снятием зубных отложений и зубного камня с профилактической целью;

21) медицинским расходам, связанным с услугами психолога и психотерапевта;

22) медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением психических заболеваний;

23) медицинским расходам, связанным с генетическими исследованиями и(или) услугами по планированию семьи;

24) медицинским расходам, связанным с приобретением косметических и гигиенических средств, средств ухода за больными, биологически-активных добавок (БАДов), гомеопатических препаратов, 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;

25) расходам, связанным с приобретением не медикаментозных средств медицинского назначения (кроме шприцов, систем, венозных катетеров по любым показаниям; гипсы, необходимые по экстренным показаниям);

26) медицинским расходам, связанным с покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и линз очков или контактных линз, приобретением протезно-ортопедических изделий;

27) медицинским расходам, связанным с коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии, лечением нарушений осанки (сколиозы, кифозы); с хирургическим изменением пола;

28) медицинским расходам, связанным с диагностикой, наблюдением, лечением осложнений беременности и родов, если патронаж по беременности и родам не предусмотрены Программой страхования или иное не оговорено дополнительным соглашением сторон, любые расходы по беременности списываются с пакета по беременности и родам;

29) медицинским расходам, связанным с диагностикой на аппарате Юникап и лечением аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;

30) медицинским расходам, связанным с санаторно-курортным лечением (в том числе с проездом, проживанием и питанием, а также расходам, связанным с улучшением условий проживания), если иное не оговорено Программой страхования;

31) патронажем ребенка до 1 (одного) года жизни, если иное не оговорено Договора страхования;

32) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан.

8. Порядок заключения Договора страхования

29. Для заключения Договора страхования Страхователь (Застрахованный) заполняет Заявление юридического лица (Приложение 4 к Договору страхования).
30. 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 (Приложение 5 к Договору страхования). Заявление для физического лица не заполняется на каждого Застрахованного в случае, если на страхование принимаются 10 (Десять) и более человек по одному Договору страхования.
31. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.
32. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления сторонами Договора страхования.

9. Срок и место действия Договора страхования

33. Договор страхования заключается сроком на 12 (Двенадцать) месяцев, если иное не предусмотрено Договором страхования.
34. Срок действия Договора страхования указывается с «___»_____20___г. по «___»_____20___г. Обе даты включительно.
35. Срок действия страховой защиты начинается не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на счет Страховщика и действует до даты окончания срока действия Договора страхования.
Если в течение срока, установленного Договором страхования, страховая премия или первый страховой взнос не будет оплачен, Договор страхования подлежит прекращению в соответствии с пунктом 112 настоящих Правил.
36. Территорией страхования является территория, указанная в Договоре страхования.
37. Если Страхователь не оплачивает полностью страховую премию (либо первый страховой взнос) в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня, следующего за днем неисполнения Страхователем своих обязательств по оплате страховой премии (страхового взноса), Договор страхования признается не состоявшимся.
38. Если Страхователь не оплачивает очередной страховой взнос в течение 10(Десяти) рабочих дней со дня, следующего за днем неисполнения Страхователем своих обязательств по оплате очередного страхового взноса, Страховщик рассматривает данное обстоятельство как односторонний отказ Страхователя от исполнения Договора страхования, что влечет за собой автоматическое досрочное прекращение Договора страхования, если Сторонами не будет достигнуто соглашение об изменении сроков оплаты страховых взносов. При этом, Страховщик осуществляет перерасчет страховой премии, пропорционально сроку действия страховой защиты по таблице досрочного расторжения Договора страхования и производит возврат соответствующей части уплаченных ранее страховых взносов либо выставляет Страхователю счет на доплату страховой премии, пропорционально сроку действия страховой защиты.

10. Права и обязанности сторон

39. **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 неполного 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;
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.

40. **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) по требованию Застрахованного ознакомить его 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.

41. **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 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;

6) 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.

42. **Страховщик обязан:**

1) обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;

2) организовать предоставление Застрахованному медицинских услуг, прямо предусмотренных Договором страхования, в режиме работы медицинских учреждений;

3) ознакомить Страхователя и/или Застрахованного с условиями предусмотренными Правилами страхования, порядком предоставления медицинских услуг и разъяснить им права и обязанности, возникающие из Договора страхования;

4) осуществлять контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных;

5) соблюдать тайну страхования;

6) вести учет всех Застрахованных, оказанных им услуг, их стоимости, размеров страховых сумм и иную документацию, необходимую для исполнения своих обязательств по Договору страхования;

7) 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;

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

43. **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 некачественного их предоставления;

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

44. **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.

45. Перечень прав и обязанностей Сторон настоящего раздела не является исчерпывающим, определенные обязанности Сторон предусмотрены другими разделами Правил.

11. Последствия увеличения страхового риска в период действия Договора страхования

46. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

47. Значительными изменениями, во всяком случае, признаются обстоятельства, определенно оговоренные в настоящих Правилах, или в письменном запросе Страховщика, направленном Страхователю в период заключения Договора страхования, в том числе выявление у Застрахованного какого-либо заболевания, включенного в список исключений из страховых случаев, предусмотренных в разделе 7 настоящих Правил.

48. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска, или отказать в страховании.

49. Если Страхователь или Застрахованный возражают против изменения условий Договора страхования и/или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать прекращения действия Договора страхования в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

50. При невыполнении Страхователем или Застрахованным предусмотренной в пункте 47 настоящих Правил, обязанности, Страховщик вправе потребовать прекращения действия Договора страхования и возмещения убытков, причиненных данным прекращением.

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

12. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая. Участники медицинской сети

52. При наступлении страхового случая Страхователь (Застрахованный) обязан обратиться к работнику Страховщика или Медицинского Ассистанса и следовать его указаниям.
53. 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 66 настоящих Правил.
54. Основанием для предоставления Застрахованному медицинских услуг до момента получения Карточки является Договора страхования или его копия.
55. Медицинские услуги оказываются непосредственно Медицинским Ассистансом или по решению/направлению Медицинского Ассистанса в лечебных учреждениях, входящих в список сети Страховщика.
56. Медицинские услуги считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения Застрахованного.
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. 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 39°С
5) абсцессы, панарициии, др. гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;
6) ожоги 2-4 степени;
7) острые аллергические состояния (отек Квинке, крапивница и т.д.);
8) гипертонические кризы;
9) Договором страхования может быть оговорен другой перечень экстренных показаний.
61. 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;
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;
16) нестабильная стенокардия;
17) шок любой этиологии.

62. 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.

63. 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.

64. 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.

65. 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.

66. 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.

67. В случае если Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику об утере Карточки позднее срока, указанного в пункте 67 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.

68. 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.

69. 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 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.

70. В случаях, указанных в пунктах 66 и 70 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 12 настоящих Правил.

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

72. 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.

73. Список участников медицинской сети указывается в Договоре страхования.

74. 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.

75. 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.

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

76. Исчерпание и перерасход страховой суммы по одной из категорий списания ведет к прекращению обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты по медицинским услугам по соответствующей категории списания.

77. Перенос лимитов ответственности с одной категории списания на другую не допускается.

78. Исчерпание страховой суммы по одной из категорий списания не влечет за собой прекращения Договора страхования.

79. Если общая сумма расходов по определенной категории списания превысила размер страховой суммы, предусмотренной Программой страхования по данной категории списания, размер такого превышения (перерасход лимита) возмещается Страховщику Застрахованным (Страхователем).

80. В случае возникновения такого превышения, Страховщик (Ассистанс) уведомляет Застрахованного (Страхователя) о возникшем перерасходе лимита по телефону и (или) письмом (при этом уведомление Застрахованного по телефону считается им полученным) и одновременно блокирует действие Карточки, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента полной оплаты суммы превышения (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью).

81. Застрахованный, по Программе страхования, которого произошел перерасход лимита, обязан в срок, указанный в Договоре страхования, с момента 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).

82. Договором страхования могут быть предусмотрены иные действия Страховщика.

83. В случае, если Застрахованный получил медицинскую услугу, не предусмотренную Программой страхования и Договором страхования, или оказанная медицинская услуга не считается назначенной в соответствии с медицинскими показаниями, оплата такой медицинской услуги производится Застрахованным самостоятельно, либо Застрахованный возмещает их

стоимость Страховщику. В этом случае, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик (Ассистанс) письменно уведомляет Застрахованного о возникшей задолженности и одновременно блокирует действие Карточки т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента оплаты за полученные медицинские услуги (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью), Застрахованный обязан в срок, предусмотренный Договором страхования, оплатить возникшую задолженность в полном объеме.

14. Размер, порядок, условия и сроки осуществления страховой выплаты. Перечень документов

84. 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.
85. Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному участниками медицинской сети, производится путем перечисления Страховщиком сумм страховых выплат на банковский счет медицинского Ассистанса, оказавшего услуги.
86. 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.
87. В случаях, предусмотренных пунктом 66 и 70 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) копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного (Выгодоприобретателя) с указанием ИИН, либо нотариально засвидетельствованную доверенность на получателя;
2) копию (РНН) получателя при наличии;
3) направление врача - работника медицинской сервисной компании;
4) документы, подтверждающие полученные медицинские услуги:
- *по амбулаторно-поликлинической помощи* - счет - фактуру, фискальный чек и копию из амбулаторной карты с результатами обследования, указанием диагноза и рекомендаций врача;
- *по стационарному лечению* - счет - фактуру, фискальный чек, копию выписки из стационара, калькуляционный лист;
- *по стоматологическому лечению* - заказ-наряд (документ, выдаваемый врачом-стоматологом), фискальный чек;
- *по лекарственному обеспечению* - товарный чек, фискальный чек, копию назначений врача с указанием диагноза и полученных рекомендаций;
88. Любые расходы на медицинские услуги, осуществленные без направления (рецепта) врача работника медицинской сервисной компании, Страховщиком не возмещаются, за исключением расходов по стоматологии.
89. Условия возмещения расходов по стоматологии, самостоятельно оплаченных Застрахованным, оговариваются Договором страхования.
90. Страховщик при необходимости может дополнительно потребовать предоставления других медицинских документов, отсутствие которых делает невозможным установление факта страхового случая и определение размера страховой выплаты.
91. Обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на Выгодоприобретателя (Застрахованного/Страхователя).
92. Страховщик обязан в срок, указанный в Договоре страхования, осуществить страховую

выплату либо представить мотивированный отказ в страховой выплате.
93. Страховая выплата осуществляется путем перечисления суммы страховой выплаты на карточный или лицевой счет Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования.

15. Отказ в страховой выплате

94. 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.
95. 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.
96. 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).
97. Договором страхования могут быть предусмотрены иные причины отказа в осуществлении страховой выплаты.

16. Дополнительное включение и досрочное исключение Застрахованного. Замена Застрахованного

98. Дополнительное включение, досрочное исключение, а также замена Застрахованного совершается по соглашению сторон и оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования.
99. 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.
100. 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 доплаты на нового Застрахованного.
101. 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.

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

103. 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.

104. 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.

105. 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).

106. Если договором не предусмотрены другие условия дополнительного включения, то при дополнительном включении Застрахованного сотрудника в Договор страхования на срок менее 12 (Двенадцати) месяцев, страховая премия оплачивается за каждого нового Застрахованного сотрудника в соответствии с табелем начисления страховой премии:

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

107. 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 3 (Трех) месяцев с даты начала действия Договора страхования в отношении основного Застрахованного, если иное не оговорено Договором страхования

108. 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.

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

110. 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 за минусом 25% административных расходов от годовой премии, если иное не предусмотрено Договором страхования.

17. Условия прекращения Договора страхования

111. Договор страхования прекращается в случае:
1) истечения срока его действия;
2) после осуществления Страховщиком страховой выплаты в полном объеме страховой суммы;
3) принятия решения судом о признании Договора страхования недействительным;
4) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом;
5) в иных случаях, предусмотренных законодательством РК и/или Договором страхования.
112. Договор страхования может быть прекращен досрочно по соглашению Сторон, а также по требованию Страхователя или Страховщика. Стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (Тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения действия Договора страхования, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное.
113. Если Договор страхования прекращается в результате смерти Застрахованного, не являющегося Страхователем, когда не произошла его замена или когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на удержание страховой премии пропорционально сроку действия страховой защиты данного Застрахованного, а также на удержание 25% страховой премии за возмещение понесенных расходов и расходов на ведение дела.
114. Договор страхования может быть прекращен досрочно в случаях:
1) передачи Застрахованным Карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования;
2) неуплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку;
3) неисполнения или ненадлежащего исполнения Страхователем/Застрахованным условий Договора страхования;
4) если Страхователь/Застрахованный предоставили Страховщику искаженные, неполные сведения имеющие значение для определения страхового риска.
115. В случае прекращения Договора страхования по основаниям, указанным в пункте 112 настоящих Правил, уплаченные страховые премии (страховые взносы) не подлежат возврату.
116. В случае досрочного прекращения Договора страхования по требованию Страхователя уплаченные им страховые премии не возвращаются. Если требования Страхователя обусловлены, неисполнением или ненадлежащим исполнением Страховщиком условий Договора страхования, то последний возвращает Страхователю уплаченные им страховые премии пропорционально неистекшему сроку страхования, за вычетом оплаты за уже оказанные услуги.

18. Изменение места нахождения или места жительства Страхователя

117. Страховщик направляет уведомления Страхователю по его месту нахождения или местожительству, указанному в заявлении на страхование (Приложение 4 к Договору страхования).
118. 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).
119. Если место нахождения Страхователя находится за пределами Республики Казахстан, то Страхователь обязан указать Страховщику уполномоченное в Республике Казахстан лицо, ответственное за доставку корреспонденции Страхователю.
120. Любое уведомление должно направляться способом, позволяющим подтвердить его

отправку.

19. Порядок разрешения споров

121. Требования (претензии), вытекающие из Договора страхования могут быть предъявлены Страховщику в пределах срока исковой давности, определенного законодательством Республики Казахстан.
122. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении между сторонами согласия, спор разрешается в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

20. Особые условия

123. По соглашению сторон в Договор страхования, заключаемый в соответствии с Правилами, могут быть включены особые условия (страховые оговорки, определения, исключения и т.п.), не противоречащие законодательству Республики Казахстан.
124. Договор страхования заключается в двух аутентичных экземплярах, на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу, и вручается каждой из сторон.

Содержание:

Приложение 1 К Правилам добровольного страхования на случай болезни (для юридических лиц) №__ от 20__года

ТИПОВОИ ДОГОВОР №___
добровольного страхования на случай болезни (для юридических лиц)

г. Алматы «__ »_____ 20 г.

Акционерное Общество «Страховая Компания «Сентрас Иншуранс» (Лицензия на право осуществления страховой деятельности № 2.1.16 от (02 апреля 2012 года), именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице Председателя Правления Турысбекова Б.А., действующего на основании Устава, с одной стороны, и именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице _____ , действующего на основании _____ с другой стороны, заключили настоящий договор (далее - Договор страхования) о нижеследующем:

РАЗДЕЛ I. ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

КЛАСС СТРАХОВАНИЯ	Добровольное страхование на случай болезни	
СТРАХОВЩИК	АО «Страховая компания «Сентрас Иншуранс» Республика Казахстан, 050008, г. Алматы, ул. Шевченко, 157В телефон: +7 (727)259 77 55; факс: 259 77 66 АО «Банк ЦентрКредит» БИК KCJBKZKX ИИК KZ5785 6000000008073 8 РНН: 600500051119, БИН 9912 4000 0451, КБЕ: 15	
СТРАХОВАТЕЛЬ	Наименование	
	Место нахождения (адрес):	
	Телефон: факс: e-mail: Банковские реквизиты: БИН РНН: ИИК: в банке БИК/МФО: КБЕ Резидент j | Нерезидент j |	
ЗАСТРАХОВАННЫЕ	Всего застрахованных ( ) Из них работники Страхователя, в количестве ( ) члены их семей, в количестве ( ) человек. согласно прилагаемому к настоящему Договору списку Застрахованных (Приложение 1).	
ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	Не противоречащие законодательству Республики Казахстан имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с его расходами по получению медицинской помощи при наступлении страхового случая	
СТРАХОВОЙ СЛУЧАИ	Обращение Застрахованного в период действия страховой защиты к врачам и/или в медицинские организации из списка Страховщика за получением консультативной, лечебной или иной медицинской помощи и/или приобретением медицинских препаратов, вызванных острым заболеванием, обострением хронического заболевания, травме, и связанное с этим возникновение расходов Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования и Договором страхования	
СТРАХОВАЯ СУММА (цифрами и прописью), валюта	( ) тенге	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (цифрами и прописью), валюта	( ) тенге	
ПОРЯДОК И СРОКИ ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ	Безналичным платежом Наличным платежом Единовременно В рассрочку	В случае оплаты страховой премии в рассрочку, указать количество платежей и сроки оплаты.
ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ	Республика Казахстан.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА	С« » 20 г. по« » 20 г. Обе даты включительно. Срок действия страховой защиты начинается не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления страховой премии или первого страхового взноса на счет Страховщика и действует до даты окончания срока действия договора страхования.	

РАЗДЕЛ II. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий Договор заключен в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан и Правилами добровольного страхования на случай болезни Акционерного общества «Страховая компания «Сентрас Иншуранс» (далее именуемые «Правила»).
1.2. Предметом настоящего Договора является добровольное страхование на случай болезни.
1.3. Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере, порядке и в срок, установленные настоящим Договором (раздел I), а Страховщик гарантирует предоставление медицинских услуг Страхователю (Застрахованному) в объеме, предусмотренном Договором страхования.
1.4. Термины и понятия:
В настоящем Договоре употребляются следующие термины и понятия:
Административные расходы - расходы Страховщика по ведению и сопровождению Договора страхования.
Амбулаторно-поликлиническая помощь - медицинская помощь, оказанная Застрахованному врачами общего профиля и/или узкой специализации в условиях амбулатории, поликлиники.
Врачи и/или медицинские организации из списка Страховщика - лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы, аптеки, стоматологии, лечебно-диагностические центры, ССМП, республиканские специализированные центры медицины, клиники НИИ, частные медицинские организации) и /или врачи, осуществляющие амбулаторно-поликлиническое или стационарное лечение на основе государственной лицензии Республики Казахстан и с которыми Страховщик или медицинская сервисная компания заключили соответствующий Договор на оказание медицинских услуг Застрахованным.
Выгодоприобретатель - лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты. Выгодоприобретателем по Договору страхования может быть медицинская организация, Застрахованный, Страхователь.
Договор страхования - документ, регламентирующий отношения между Страховщиком и Страхователем.
Диагностические показания - показания для проведения комплекса мероприятий, необходимых для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клинические обследования).
Застрахованный - лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.
Заболевание - нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями.
Инструментальные исследования - диагностические исследования с помощью специального медицинского оборудования или аппаратов (например, для рентгенографии, УЗИ, ЭКГ, фиброгастроскопии, томографии и т.п.).
Карточка медицинского обслуживания (далее - Карточка) - персонифицированный документ, подтверждающий право получения Страхователем (Застрахованным) медицинских услуг в соответствии с Договором страхования в медицинских учреждениях и у врачей, входящих в медицинскую сеть Страховщика.
Категория списания - перечень исходных 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.
Лабораторные исследования - диагностические исследования и анализы, проведенные в лабораториях лечебно-профилактических учреждений и служащие для уточнения и постановки

диагноза при возникновении Заболевания.
Лечебные показания - медицинские показания, когда необходимо лечение возникших патологических состояний организма человека, которые могут привести к осложнениям и ухудшению состояния, но на момент обращения не требуют неотложной медицинской помощи
Медицинский Ассистанс - юридическое лицо, заключившее договор со Страховщиком на организацию и осуществляющее услуги по организации предоставления Застрахованным лицам медицинских услуг предусмотренных Договором страхования. Программа страхования (далее - Программа) - перечень медицинских услуг, расходы по которым, в соответствии с условиями Договора страхования, подлежат компенсации Страховщиком.
Профилактические показания - показания для проведения комплекса мероприятий, необходимых для предотвращения возможных заболеваний (например, вакцинация, профилактические осмотры).
Стационарная помощь - медицинская помощь, которая может быть оказана только при условии пребывания Застрахованного в стационаре в течение одних или более суток.
Страховой случай - событие, с наступлением которого Договор страхования предусматривает осуществление страховой выплаты. Страховая выплата - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев.
Страховая сумма (лимит ответственности) - сумма денег, на которую застрахован объект страхования. Страховая сумма является предельным объемом ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.
Страховая премия - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату в размере, определенном Договором страхования.
Страхователь - лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком и оплатившее страховую премию.
Страховщик - АО «Страховая компания «Сентрас Иншуранс»
Территория страхования - территория, на которую распространяется страховая защита Страховщика по Договору страхования. Экстренные медицинские показания - показания, при которых медицинская помощь должна быть оказана немедленно и отказ или промедление в оказании медицинской помощи повлечет за собой развитие тяжелых необратимых состояний организма вплоть до летального исхода.
Участники медицинской сети - медицинские организации, врачи, аптеки, которые заключили со Страховщиком или медицинской сервисной компанией специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и(или) медикаментов Застрахованным.
Члены семьи - прямые родственники Застрахованного: супруг (супруга) в возрасте до 65 лет и дети в возрасте от 1 года до 23 лет, если иное не предусмотрено Договором страхования.

2. ОЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. 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

3.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в период действия страховой защиты к врачам и/или в медицинские организации из списка Страховщика за получением консультативной, лечебной или иной медицинской помощи и/или приобретением медицинских

препаратов, вызванных острым заболеванием, обострением хронического заболевания, травме, а также с целью прохождения профилактического осмотра (если это предусмотрено Программой страхования) и связанное с этим возникновение расходов Застрахованного в соответствии с выбранной Программой страхования и Договором страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА (ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ)

4.1. Страховая сумма (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.
4.2. Страховые суммы (лимит ответственности) по каждой категории списания устанавливаются Программой страхования и указываются отдельно.
4.3. 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.
4.4. Размер общей страховой суммы указан в Разделе I настоящего Договора страхования.
4.5. В отношении основного Застрахованного, дополнительно принимаемого на страхование на срок менее 12(Двенадцать) месяцев, страховые суммы устанавливаются в объеме в соответствии с Программой страхования.
4.6. 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.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховая премия за каждого основного Застрахованного определяется выбранной Программой страхования и составляет ( ) тенге.
5.2. Страховая премия на каждого Застрахованного члена семьи определяется выбранной Программой страхования и составляет ( ) тенге.
5.3. Размер общей суммы страховой премии по Договору страхования представляет собой сумму страховых премий за всех Застрахованных, включенных в список Застрахованных и указан в Разделе I Договора страхования.
5.4. При внесении изменений в список Застрахованных, размер дополнительно оплачиваемой Страхователем страховой премии определяется в соответствии со статьей 14 настоящего Договора страхования и оформляется дополнительным соглашением сторон.
5.5. Страховая премия (страховые взносы) подлежит оплате Страхователем в течение 10 (Десять) рабочих дней с момента предоставления Страховщиком соответствующего счета на оплату.
5.6. Порядок оплаты страховой премии определяется в разделе I Договора страхования.
5.7. Страховая премия может быть оплачена наличными денежными средствами, безналичным платежом, почтовым переводом или иным способом по согласованию сторон.

6. ЗАСТРАХОВАННЫЕ

6.1. Застрахованными могут быть лица в возрасте от 1 года до 65 лет, если иное не оговорено соглашением сторон.
6.2. К одному Застрахованному может быть прикреплено не более 3-х членов семьи, если иное не оговорено соглашением сторон.
6.3. Если иное не оговорено Договором страхования, не подлежат страхованию лица, которые:

6.3.1. являются инвалидами I - II группы по любому заболеванию, инвалидами детства;
6.3.2. госпитализированы на момент заключения Договора страхования по любому заболеванию;
6.3.3. имеют на дату заключения Договора страхования:
6.3.3.1. 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, сирингомиелия, БАС - боковой амиотрофический склероз); детский церебральный паралич; муковисцидоз; врожденный ихтиоз;
6.3.3.2. 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;
6.3.3.3. профессиональные заболевания;
6.3.3.4. радиационные, УВЧ и СВЧ поражения;
6.3.3.5. заболевания сердечно-сосудистой системы: миокардит Абрамова-Фидлера, кардиомиопатии;
6.3.3.6. заболевания крови: гемобластозы, апластические и гипопластические анемии;
6.3.3.7. заболевания эндокринной системы: синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитома, врожденный гипотиреоз, гипофизарный нанизм;
6.3.3.8. 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-Ш); ревматоидный артрит с нарушением функции суставов II, III степени; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит;
6.3.3.9. заболевания почек: амилоидоз, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II - III степени;
6.3.3.10. заболевания дыхательной системы: синдром Гудпасчера;
6.3.3.11. наследственные заболевания, врожденные пороки развития;
6.3.3.12. заболевания Центральной Нервной Системы: последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, гидроцефалия;
6.4. При выявлении факта сокрытия Страхователем (Застрахованным) информации о наличии у Застрахованного ранее диагностированных заболеваний, указанных в пункте 7.3. настоящей статьи на момент заключения Договора страхования, Договор страхования, заключенный в отношении таких лиц, подлежит досрочному расторжению, а оплаченная страховая премия по ним не возвращается.
6.5. Если заболевания, указанные в пункте 7.3. настоящей статьи, у Застрахованного впервые диагностируются в период действия Договора страхования, Страховщик возмещает расходы,

понесенные Застрахованным по данному заболеванию, только до момента установления диагноза в амбулаторно-поликлинических условиях, а именно расходы за осмотры необходимых специалистов, общий анализ крови и мочи, определение сахара крови, микрореакция, при необходимости элекрокардиограмма, 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 7.3. настоящей статьи, Страховщиком не покрываются.

7. ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ

7.1. Если Программой/дополнительным соглашением сторон не предусмотрено иное, то Страховщик не несет обязательства по осуществлению страховой выплаты по следующим расходам Страхователя и (или) Застрахованного:

7.1.1. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением хронических заболеваний в стадии ремиссии (вне обострения);

7.1.2. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением следующих заболеваний:

7.1.2.1. 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, чума, холера, желтая лихорадка, геморрагические вирусные лихорадки, брюшной тиф и паратифы, ящур, бешенство, лептоспироз, листериоз, туляремия, бруцеллез, эхинококкоз, иерсиниоз, сальмонеллез, риккетсиоз, клещевой энцефалит, дизентерия, сибирская язва, дифтерия, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, вирусные гепатиты; инфекционный менингит;

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

7.1.2.3. другие инфекционные заболевания, в том числе заболевания, требующие санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдение за контактными лицами, кроме: острых респираторных заболеваний;

7.1.2.4. микозы, кроме микозов слизистых оболочек полости рта, ЛОР-органов, легочного микоза, кандидоза ЖКТ, урогенитальных микозов;

7.1.2.5. заболевания кишечника: дисбактериоз и(или) целиакия (исключение дети до 1 года), неспецифический язвенный колит, Болезнь Крона, хронический энтерит;

7.1.2.6. паразитозы и(или) гельминтозы независимо от вида и нозологии, в том числе демодекоз;

7.1.2.7. эндокринные заболевания: заболевания щитовидной железы, за исключением тиреоидитов, синдром нарушения толерантности к глюкозе, сахарный диабет 1 - II типа, несахарный диабет; феохромоцитома, Аддисонова болезнь; гипофизарный нанизм, хронический гипокортицизм;

7.1.2.8. хронические заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения ПБ - III стадии;

7.1.2.9. заболевания мочеполовой системы: острый и хронический простатит, независимо от этиологии, аденома предстательной железы, эрозия шейки матки (в том числе псевдоэррозия, лейкоплакия), поликистоз почек; поликистоз яичников; хронический гломерулонефрит, заболевания, сопровождающиеся ХПН 2-3 ст, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения;

7.1.2.10. заболевания печени: цирроз печени, хронические гепатиты, стеатогепатоз;

7.1.2.11. хронические заболевания дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема

легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;
7.1.2.12. заболевания центральной нервной системы: состояния после перенесенного нарушения мозгового кровообращения и его последствия; гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова);
7.1.2.13. заболевания сосудов: варикозное расширение вен нижних конечностей, варикоцеле, варикозное расширение вен прямой кишки; аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит), облитерирующий эндоартериит. облитерирующий атеросклероз синдром Вегенера;
7.1.2.14. хронические кожные заболевания: псориаз, нейродермит атопический дерматит, аллопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая болезнь, а так же любые виды/формы лишая, независимо от нозологии;
7.1.2.15. ДБСТ (диффузные болезни соединительной ткани); дерматомиозит, синдром Шегрена, системная склеродермия, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм; ревматоидный артрит; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит; болезнь Бехтерева, СКВ (системная красная волчанка);
7.1.2.16. заболевания двигательного аппарата: остеопорозы, хронические остеомиелиты, хронические артриты и артрозы любой этиологии, остеохондроз, за исключением сопровождающегося выраженным мышечно-тоническим синдромом и/или экстренными состояниями;
7.1.2.17. в случае обращения Застрахованного по поводу хронической недостаточности мозгового кровообращения: энцефалопатии (дисциркуляторная, перинатальная и т.д.), внутричерепной гипертензии, любого вида дистонии (вегетососудистая, нейроциркуляторная) и их осложнений, Страховщик покрывает независимо от количества страховых случаев:

1) выезд бригады скорой медицинской помощи при наличии экстренных показаний;
2) консультации невропатолога;
3) консультации физиотерапевта;
4) медикаментозную терапию в пределах лимита;
5) стационарное лечение при наличии экстренных показаний.

7.1.2.18. глазные болезни: астигматизм, миопия и гиперметропия, катаракта, глаукома, хирургическое (в т.ч. лазерное) лечение заболеваний глаз, кроме острых состояний (травмы, ожоги, инородные тела, отслойка сетчатки), биостимуляция глазного яблока, подбор очков;
7.1.2.19. хирургическое лечение гиперпластических процессов;
7.1.2.20. медицинские расходы, связанные с диагностикой у Застрахованного заболеваний, указанных в пункте 8.1.2. настоящей статьи, 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, при необходимости элекрокардиограмма, однократно в страховой период УЗИ, УЗДГ, рентгенологическое исследование (исключая другие лабораторно-инструментальные исследования), либо до окончания курса стационарного лечения, во время которого диагноз заболевания был впервые установлен.
7.1.2.21. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением новообразований;
7.1.2.22. медицинским расходам, связанным с пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией;
7.1.2.23. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явилось алкогольное, наркотическое или токсикоманическое опьянение Застрахованного;
7.1.2.24. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились умышленные действия Застрахованного, направленные на наступление страхового случая, включая попытки самоубийства; а также иные действия Застрахованного, признанные умышленными преступлениями или административными

правонарушениями в порядке, установленном законодательными актами, находящимися в причинной связи со страховым случаем;

7.1.2.25. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились воздействие радиации, военные действия, гражданская война, народные волнения всякого рода, массовые беспорядки или забастовки, стихийные бедствия;

7.1.2.26. медицинским расходам, связанным с прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием) для поступления на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения, на работу или воинскую службу, для участия в спортивных мероприятиях, для получения разрешения на въезд в другое государство, для получения разрешения на управление транспортным средством, ношение оружия, для получения отсрочки или освобождения от воинской службы, для получения справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, мероприятий;

7.1.2.27. медицинским расходам, связанным с 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;

7.1.2.28. медицинским расходам, связанным с проведением стерилизации или прерыванием беременности за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери;

7.1.2.29. медицинским расходам, связанным с любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни Застрахованного;

7.1.2.30. медицинским расходам, связанным с экстракорпоральными методами лечения (гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, УФО крови, лазерное облучение крови и т.д.), включая аутогемотерапию, кишечное орошение и жемчужные ванны; а также медицинским расходам, связанным с гипербарической оксигенацией (ГБО), за исключением случаев, когда данный метод является необходимым для спасения жизни Застрахованного;

7.1.2.31. медицинским расходам, связанным с нетрадиционными методами диагностики и лечения, а также некоторыми традиционными методами лечения, а именно: гомеопатия, гирудотерапия, иглотерапия рефлексотерапия, нетрадиционная диагностика, нетрадиционные системы оздоровления, энергоинформационная система оздоровления, мануальная терапия, бальнеотерапия, водолечение, грязелечение озонотерапия, механотерапия, тракционное лечение, общий массаж, методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны;

7.1.2.32. медицинским расходам, связанным с проведением ангиографии; а также хирургическими вмешательствами: (все виды шунтирования, стентирования, любые хирургические вмешательства на сердце: установка ИВР, радиочастотная обляция и т.д.);

7.1.2.33. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением бесплодия и нарушением потенции, климактерическим синдромом;

7.1.2.34. медицинским расходам по проведению урологического массажа;

7.1.2.35. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением заболеваний, передающиеся половым путем (ЗППП): гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, гарднереллез;

7.1.2.36. медицинским расходам, связанным с диагностическими методами ИФА, ПЦР и РИФ, если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;

7.1.2.37. медицинским расходам, связанным с диагностическими обследованиями методами компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;

7.1.2.38. медицинским расходам, связанным со снятием зубных отложений и зубного камня с профилактической целью;

7.1.2.39. медицинским расходам, связанным с услугами психолога и психотерапевта;

7.1.2.40. медицинским расходам, связанным с диагностикой и лечением психических заболеваний;
7.1.2.41. медицинским расходам, связанным с генетическими исследованиями и(или) услугами по планированию семьи;
7.1.2.42. медицинским расходам, связанным с приобретением косметических и гигиенических средств, средств ухода за больными, биологически-активных добавок (БАДов), гомеопатических препаратов, 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;
7.1.2.43. расходам, связанным с приобретением не медикаментозных средств медицинского назначения (кроме шприцов, систем, венозных катетеров по любым показаниям: гипсы, необходимые по экстренным показаниям);
7.1.2.44. медицинским расходам, связанным с покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и линз очков или контактных линз, приобретением протезно-ортопедических изделий;
7.1.2.45. медицинским расходам, связанным с коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии, лечением нарушений осанки (сколиозы, кифозы);
7.1.2.46. с хирургическим изменением пола;
7.1.2.47. медицинским расходам, связанным с диагностикой, наблюдением, лечением осложнений беременности и родов, если патронаж по беременности и родам не предусмотрены Программой страхования или иное не оговорено дополнительным соглашением сторон, любые расходы по беременности списываются с пакета по беременности и родам;
7.1.2.48. медицинским расходам, связанным с диагностикой на аппарате Юникап и лечением аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;
7.1.2.49. медицинским расходам, связанным с санаторно-курортным лечением (в том числе с проездом, проживанием и питанием, а также расходам, связанным с улучшением условий проживания), если иное не оговорено Программой страхования;
7.1.2.50. патронажем ребенка до 1 (одного) года жизни, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон;
7.1.2.51. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Правовые взаимоотношения и ответственность сторон начинаются с момента подписания сторонами Договора страхования.
8.2. Страхователь имеет право:
8.2.1. требовать от Страховщика разъяснение условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг;
8.2.2. вносить изменения и дополнения в Список Застрахованных в соответствии с условиями настоящего договора;
8.2.3. запрашивать в любое время у Страховщика изменения в списке организаций и врачей (Приложение 3) настоящего Договора страхования;
8.2.4. 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;
8.2.5. досрочно расторгнуть Договор страхования;
8.2.6. получить дубликат Договора страхования;
8.2.7. получить дубликат страховой Карточки в случае ее утери в первый раз - бесплатно, при повторной утере - за счет Застрахованного, в размере 200 тенге;

8.2.8. на тайну страхования;
8.2.9. получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам;
8.2.10. производить дополнительное включение и исключение Застрахованных из списка Застрахованных;
8.2.11. совершать иные действия, не противоречащие Договору страхования и законодательству Республики Казахстан.
8.3. Страхователь обязан:
8.3.1. предоставить Страховщику достоверную информацию, касающуюся Застрахованного, необходимую для заключения Договора страхования, в полном объеме;
8.3.2. уплатить страховую премию/страховые взносы в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;
8.3.3. если Страхователь не оплачивает полностью страховую премию (либо первый страховой взнос) в течение 10(Десяти) рабочих дней со дня, следующего за днем неисполнения Страхователем своих обязательств по оплате страховой премии (страхового взноса), Договор страхования признается не состоявшимся;
8.3.4. если Страхователь не оплачивает очередной страховой взнос в течение 10(Десяти) рабочих дней со дня, следующего за днем неисполнения Страхователем своих обязательств по оплате очередного страхового взноса, Страховщик рассматривает данное обстоятельство как односторонний отказ Страхователя от исполнения Договора страхования, что влечет за собой автоматическое досрочное прекращение Договора страхования, если Сторонами не будет достигнуто соглашение об изменении сроков оплаты страховых взносов. При этом, Страховщик осуществляет перерасчет страховой премии, пропорционально сроку действия страховой защиты по таблице досрочного расторжения Договора страхования и производит возврат соответствующей части уплаченных ранее страховых взносов либо выставляет Страхователю счет на доплату страховой премии, пропорционально сроку действия страховой защиты;
8.3.5. передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
8.3.6. по требованию Застрахованного ознакомить его с условиями Договора страхования;
8.3.7. заботиться о сохранности страховых документов (Договор страхования и Карточку) и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
8.3.8. оказывать содействие Страховщику в судебной и внесудебной защите в случае предъявления требований о возмещении вреда;
8.3.9. при утрате Договора страхования/Карточки письменно сообщить об этом Страховщику для получения дубликата;
8.3.10. во всех случаях прекращения Договора страхования возвратить Страховщику Карточку, действие которой прекращается с момента прекращения Договора страхования;
8.3.11. предпринимать все возможные и целесообразные меры по предотвращению или уменьшению убытков от страхового случая;
8.3.12. предоставлять Страховщику всю имеющуюся у него информацию, позволяющую судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах причиненного убытка;
8.3.13. обеспечить переход к Страховщику права требования в порядке суброгации к лицу, ответственному за наступление страхового случая;
8.3.14. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.
8.4. Страховщик имеет право:
8.4.1. требовать от Страхователя и/или Застрахованного предоставления достоверной информации необходимой для заключения Договора страхования.
8.4.2. изменять список врачей и медицинских учреждений с уведомлением Страхователя и/или Застрахованного;

8.4.3. осуществлять контроль за выполнением Страхователем/Застрахованным условий Договора страхования;
8.4.4. 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;
8.4.5. требовать заполнения Заявления физического лица (Приложение 5 к Договору страхования) о состоянии здоровья сотрудника Страхователя перед включением его в список Застрахованных. В зависимости от ответов на вопросы этого заявления 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;
8.4.6. запросить историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном в медицинском учреждении, оказывающем Застрахованному медицинские услуги;
8.4.7. 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;
8.4.8. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющие признаки страхового случая;
8.4.9. досрочно расторгнуть Договор страхования при неисполнении или ненадлежащим исполнении Застрахованными и/или Страхователем своих обязанностей по Договору страхования;
8.4.10. заблокировать действие Карточки в случаях, предусмотренных Договором страхования;
8.5. Страховщик обязан:
8.5.1. обеспечить Застрахованных страховой защитой на территории страхования;
8.5.2. организовать предоставление Застрахованному медицинских услуг, прямо предусмотренных Договором страхования, в режиме работы медицинских учреждений;
8.5.3. ознакомить Страхователя и/или Застрахованного с условиями страхования;
8.5.4. осуществлять страховую выплату медицинским учреждениям или врачам из списка Страховщика в порядке и сроки, определенные договорами между ними и Страховщиком в рамках выбранной Страхователем Программы;
8.5.5. соблюдать тайну страхования;
8.5.6. вести учет всех Застрахованных, оказанных им услуг, их стоимости, размеров страховых сумм и иную документацию, необходимую для исполнения своих обязательств по Договору страхования;
8.5.7. выдать Страхователю страховую документацию (Карточки) на Застрахованных необходимую для обращения в медицинские учреждения в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента получения документально подтвержденной оплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по Договору страхования;
8.5.8. в случае утраты (утери) Застрахованным страховых карточек выдать их дубликаты в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня извещения об этом Страхователем (Застрахованным);
8.5.9. устно сообщить Застрахованному по его письменному запросу остаток лимитов страховых сумм на медицинские услуги, медикаменты;
8.5.10. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.
8.6. Застрахованный имеет право:

8.6.1. получать медицинские услуги в соответствии с условиями, указанными в настоящем Договоре, в медицинских учреждениях и у врачей из списка Страховщика;
8.6.2. сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских услуг, неполного и некачественного их предоставления;
8.6.3. требовать от Страхователя разъяснения условий Договора страхования.
8.7. Застрахованный обязан:
8.7.1. при каждом обращении к врачам и/или в медицинское учреждение из списка Страховщика предъявлять Карточку и удостоверение личности;
8.7.2. соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный в медицинском учреждении;
8.7.3. соблюдать условия Договора страхования;
8.7.4. передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношения к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
8.7.5. 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;
8.7.6. обращаться к участникам медицинской сети из списка Страховщика строго в соответствии с Программой страхования;
8.7.7. при исключении из списка Застрахованных вернуть Карточку Страхователю или непосредственно Страховщику в срок, указанный в Договоре страхования;
8.7.8. выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

9. ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. УЧАСТНИКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

9.1. Для получения медицинских услуг Застрахованный обязан обратиться к работнику Страховщика или медицинского Ассистанса и следовать его указаниям.
9.2. 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 п. 10.12. настоящей статьи.
9.3. Основанием для предоставления Застрахованному медицинских услуг до момента получения Карточки является настоящий Договор страхования или его копия.
9.4. Медицинские услуги оказываются непосредственно медицинским Ассистансом или по решению/направлению медицинского Ассистанса в лечебных учреждениях, входящих в список сети Страховщика.
9.5. Медицинские услуги считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения Застрахованного.
9.6. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты, согласно заключению медицинского эксперта Страховщика:
9.6.1. не являются необходимыми и достаточными для лечения;
9.6.2. были назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ.
9.7. 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.

9.7.1. 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.

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

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

9.7.2.2. кровотечения;

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

9.7.2.4. гипертермия выше 39°С;

9.7.2.5. абсцессы, панариции, др. гнойные процессы, требующие хирургического вмешательства;

9.7.2.6. ожоги 2-4 степени;

9.7.2.7. острые аллергические состояния (отек Квинке, крапивница и т.д.);

9.7.2.8. гипертонические кризы.

9.8. Экстренные показания к стационарному лечению:

9.8.1. бессознательное состояние;

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

9.8.3. ожоги и обморожения;

9.8.4. острые травмы, требующие круглосуточного пребывания в стационаре;

9.8.5. отравления;

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

9.8.7. судороги;

9.8.8. острые хирургические состояния;

9.8.9. острая почечная недостаточность;

9.8.10. острая печеночная недостаточность;

9.8.11. острая церебральная недостаточность;

9.8.12. острая дыхательная недостаточность;

9.8.13. острая сердечно-сосудистая недостаточность;

9.8.14. острый инфаркт миокарда;

9.8.15. гипертонический криз;

9.8.16. нестабильная стенокардия;

9.8.17. шок любой этиологии.

9.9. 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.

9.10. 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.

9.11. 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 причинноследственной связи с основным заболеванием, послужившим непосредственной причиной госпитализации Застрахованного, до 10 (Десяти) койко-дней и/или в пределах лимита по стационарному лечению по одному страховому случаю. Страховщиком не покрываются расходы за госпитализацию в палату VIP и/или люкс уровня.

9.12. 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.

9.13. В случае утраты Страхователем (Застрахованным) Договора страхования, Карточки, Страхователь (Застрахованный) обязан в течение 3 (Трех) рабочих дней сообщить о факте утери Страховщику в письменной форме, после чего утраченные документы не могут являться основанием для получения медицинских услуг.

9.14. В случае если Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику об утере Карточки позднее срока, указанного в пункте 10.13. настоящей статьи, 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.

9.15. Застрахованный имеет право получать медицинские услуги в медицинских организациях - участниках медицинской сети.

9.16. 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 по экстренным, лечебным показаниям или для установления диагноза медицинская услуга по какой-либо причине не может быть оказана в Участниках медицинской сети.

9.17. В случаях, указанных в пунктах 10.12. и 10.16. настоящей статьи, Застрахованный самостоятельно оплачивает полученные медицинские услуги и предоставляет в медицинскую сервисную компанию либо Страховщику документы необходимые для получения возмещения понесенных затрат в соответствии со статьей 12 настоящего Договора страхования.

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

9.19. 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.

9.20. Список Участников медицинской сети указан в Приложении №3 к настоящему Договору страхования.

9.21. 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.

9.22. 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.

10. ИСЧЕРПАНИЕ И ПЕРЕРАСХОД СТРАХОВОЙ СУММЫ, ПРЕДУСМОТРЕННОЙ ПРОГРАММОЙ СТРАХОВАНИЯ ПО КАТЕГОРИИ СПИСАНИЯ.

10.1. Исчерпание и перерасход страховой суммы по одной из категорий списания ведет к прекращению обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты по медицинским услугам по соответствующей категории списания.

10.2. Перенос лимитов ответственности с одной категории списания на другую не допускается.

10.3. Исчерпание страховой суммы по одной из категорий списания не влечет за собой

прекращения Договора страхования.
10.4. Если общая сумма расходов по определенной категории списания превысила размер страховой суммы, предусмотренной Программой страхования по данной категории списания, размер такого превышения (перерасход лимита) возмещается Страховщику Застрахованным (Страхователем).
10.5. В случае возникновения такого превышения, Страховщик (Ассистанс) уведомляет Застрахованного (Страхователя) о возникшем перерасходе лимита по телефону и (или) письмом (при этом уведомление Застрахованного по телефону считается им полученным) и одновременно блокирует действие Карточки, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента полной оплаты суммы превышения (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью).
10.6. Застрахованный, по Программе страхования, которого произошел перерасход лимита, обязан в течение 10 (Десяти) рабочих дней, с момента 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).
10.7. В случае неоплаты Страхователем (Застрахованным задолженности в указанный период, Страховщик полностью блокирует действие Карточки, с последующим снятием со страхования по истечении 30 (Тридцати) календарных дней. Возврат страховой премии по данному Застрахованному, а также по прикрепленным членам семьи не производится.
10.8. В случае, если Застрахованный получил медицинскую услугу, не предусмотренную Программой и Договором страхования, или оказанная медицинская услуга не считается назначенной в соответствии с медицинскими показаниями, 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 одновременно блокирует действие Карточки, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента оплаты за полученные медицинские услуги (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью), Застрахованный обязан в течение 10 (Десяти) рабочих дней оплатить возникшую задолженность в полном объеме.

11. РАЗМЕР, ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ

11.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в тенге, путем возмещения расходов на медицинские услуги в порядке, предусмотренном настоящим Договором страхования и действующим законодательством Республики Казахстан.
11.2. Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному Участниками медицинской сети, производится путем ежемесячного перечисления Страховщиком сумм страховых выплат на банковский счета Медицинского Ассистанса, оказавшего услуги. Сроки устанавливаются совместно Страховщиком и Медицинским Ассистансом.
11.3. Перечисление страховой выплаты производится после получения от Медицинского Ассистанса 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.
11.4. В случаях, предусмотренных пунктом 10.12. и 10.16. настоящего Договора страхования, 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) копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного (Выгодоприобретателя) с указанием ИИН, либо нотариально засвидетельствованную доверенность на получателя;
2) копию свидетельства налогоплательщика (РНН) получателя при наличии;
3) направление врача - работника медицинской сервисной компании.

11.5. Документы, подтверждающие полученные медицинские услуги:
1) *по амбулаторно-поликлинической помощи* - счет - фактуру, фискальный чек и копию из амбулаторной карты с результатами обследования, указанием диагноза и рекомендаций врача;
2) *по стационарному лечению* - счет - фактуру, фискальный чек, копию выписки из стационара, калькуляционный лист;
3) *по стоматологическому лечению* - заказ-наряд (документ, выдаваемый врачом-стоматологом), фискальный чек;
4) *по лекарственному обеспечению* - товарный чек, фискальный чек, копию назначений врача с указанием диагноза и полученных рекомендаций;

11.6. Любые расходы на медицинские услуги, осуществленные без направления (рецепта) врача - работника медицинской сервисной компании, Страховщиком не возмещаются, за исключением расходов по стоматологии.

11.7. Страховщик осуществляет возмещение расходов, самостоятельно оплаченных Застрахованным при получении услуг по стоматологии в размере 70% от покрываемых расходов, если соглашением не предусмотрено иное.

11.8. Страховщик при необходимости может дополнительно потребовать предоставления других медицинских документов, отсутствие которых делает невозможным установление факта страхового случая и определение размера страховой выплаты.

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

11.10. Страховщик обязан в течение 20(Двадцати) рабочих дней со дня получения документов, указанных в п. 12.4. и 12.5., осуществить страховую выплату либо представить мотивированный отказ в страховой выплате.

11.11. Страховая выплата осуществляется путем перечисления суммы страховой выплаты на карточный или лицевой счет Застрахованного.

12. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

12.1. 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.

12.2. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если Застрахованный (Страхователь):

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

12.2.2. получил медицинские услуги в медицинской организации, входящей в перечень Участников медицинской сети, но не соответствующей перечню участников медицинской сети Программы страхования Застрахованного;

12.2.3. получил медицинские услуги, не имеющие медицинских показаний;

12.2.4. сообщил искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения Договора страхования;

12.2.5. своевременно не известил о наступлении страхового случая;

12.2.6. 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;

12.2.7. передал свой Договор страхования/Карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг.

12.3. 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).

13. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ВКЛЮЧЕНИЕ И ДОСРОЧНОЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННОГО. ЗАМЕНА ЗАСТРАХОВАННОГО

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

13.2. 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.

13.3. 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 доплаты на нового Застрахованного.

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

13.5. Включение в список вновь принятого сотрудника происходит одновременно с исключением из него увольняемого сотрудника.

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

13.7. Страховщик в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения заявления от Страхователя обязан изготовить и передать ему идентификационные карточки вновь включенного Застрахованного и к нему прикрепленных Застрахованных членов семьи.

13.8. 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.

13.9. 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).

13.10. Если договором не предусмотрены другие условия дополнительного включения, то при дополнительном включении Застрахованного сотрудника в Договор страхования на срок менее 12 (Двенадцати) месяцев, страховая премия оплачивается за каждого нового Застрахованного сотрудника в соответствии с табелем начисления страховой премии:

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

13.11. При дополнительном включении члена семьи в список Застрахованных, страховая премия оплачивается в полном объеме за каждого Застрахованного члена семьи, при этом такое дополнительное включение осуществляется только в течение первых 3(Трех) месяцев с даты начала действия Договора страхования в отношении основного Застрахованного, если иное не оговорено Договором страхования.

13.12. Страховщик не возвращает страховую премию Страхователю за исключаемого Застрахованного, в случаях, если Застрахованный воспользовался медицинскими услугами, предоставленными врачами и/или медицинскими учреждениями из списка Страховщика, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон.

13.13. Страховщик не возвращает страховую премию Страхователю за исключаемого Застрахованного члена семьи ни при каких условиях, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон.

13.14. При досрочном исключении Застрахованного сотрудника, из списка Застрахованных, когда по данному Застрахованному страховые выплаты не осуществлялись, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, оплаченной за данного Застрахованного за минусом 25% Административных расходов и части заработанной премии, если иное не предусмотрено дополнительным соглашением сторон.

14. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

14.1. Договор страхования прекращается в случае:

14.1.1. истечения срока его действия;

14.1.2. после осуществления Страховщиком страховой выплаты в полном объеме страховой суммы;

14.1.3. принятия решения судом о признании Договора страхования недействительным;

14.1.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом;

14.1.5. в иных случаях, предусмотренных законодательством РК и/или Договором страхования.

14.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по соглашению Сторон, а также по требованию Страхователя или Страховщика. Стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (Тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения действия Договора страхования, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное.

14.3. Если Договор страхования прекращается в результате смерти Застрахованного, не являющегося Страхователем, когда не произошла его замена или когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально не истекшему периоду действия Договора страхования за вычетом понесенных расходов и административных расходов, в размере 25% от годовой страховой премии.

14.4. Договор страхования может быть прекращен досрочно в случаях:

14.4.1. передачи Застрахованным Карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования;

14.4.2. неуплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку;

14.4.3. неисполнения или ненадлежащего исполнения Страхователем/Застрахованным условий Договора страхования;

14.4.4. если Страхователь/Застрахованный предоставили Страховщику искаженные, неполные сведения имеющие значение для определения страхового риска.

14.5. В случае прекращения Договора страхования по основаниям, указанным в пункте 15.4., уплаченные страховые премии (страховые взносы) не подлежат возврату.

14.6. В случае досрочного прекращения Договора страхования по требованию Страхователя уплаченные им страховые премии не возвращаются. Если требования Страхователя обусловлены, неисполнением или ненадлежащим исполнением Страховщиком условий Договора страхования, то последний возвращает Страхователю уплаченные им страховые премии пропорционально неистекшему сроку страхования, за вычетом оплаты за уже оказанные услуги.

14.7. По согласованию Сторон Договор страхования может быть пролонгирован на следующий срок при условии уведомления одной из Сторон об этом за 30 (Тридцать) календарных дней до даты прекращения Договора страхования и уплаты страховой премии.

15. ИЗМЕНЕНИЕ МЕСТА НАХОЖДЕНИЯ ИЛИ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА СТРАХОВАТЕЛЯ

15.1. Страховщик направляет уведомления Страхователю по его месту нахождения или местожительству, указанному в заявлении на страхование (Приложение 4 к настоящему Договору страхования).

15.2. 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).

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

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

16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

16.1. Требования (претензии), вытекающие из Договора страхования могут быть предъявлены Страховщику в пределах срока исковой давности, определенного законодательством Республики Казахстан.

16.2. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении между сторонами согласия, спор разрешается в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

17. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

17.1. По соглашению сторон в Договор страхования, заключаемый в соответствии с Правилами, могут быть включены особые условия (страховые оговорки, определения, исключения и т.п.), не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

17.2. Договор страхования заключается в двух аутентичных экземплярах на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу, и вручается каждой из сторон.

1) Приложение 1 - Список Застрахованных;
2) Приложение 2 - Программы страхования;
3) Приложение 3 - Медицинская сеть;
4) Приложение 4 - Заявление юридического лица;
5) Приложение 5 - Заявление физического лица;
6) Приложение 6 - Регламент обслуживания Страхователя (Застрахованного) при наступлении

страхового случая

18. МЕСТО НАХОЖДЕНИЯ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

СТРАХОВЩИК:
АО «СК «Сентрас Иншуранс»
Республика Казахстан, 050008, г. Алматы,
ул. Шевченко, 157В
телефон: +7 (727)259 77 55; факс: 259 77 66
Банковские реквизиты:

СТРАХОВАТЕЛЬ:
РНН_____
ИИК_____
БИК _____
КБе _____

Приложение 1
к Договору добровольного страхования на случай болезни (для юридических лиц)
№_____от 20___года

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ

	ФИО Застрахованного	Дата рождения полностью	пол	Адрес	ИИН	№ удостоверения личности	Программа страхования	Страховая сумма	Страховая премия	Степень родства

СТРАХОВЩИК:

_____

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

_____

М.П.

Приложение 2
К Договору добровольного страхования на случай болезни (для юридических лиц)
№_____от 20___года

Программа страхования

№	Категория списания (услуга)	Описание услуги	Лимит ответственности (страховая сумма)

СТРАХОВЩИК:

_____

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

_____

М.П.

Приложение 3
К Договору добровольного страхования на случай болезни (для юридических лиц)
№_____от 20___года

Медицинская сеть

№	Наименование ЛПУ	ФИО врача/Клиника прямого доступа/Клиника непрямого доступа	Адрес

СТРАХОВЩИК:

_____
М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

_____
М.П.

Приложение 4
К Договору добровольного страхования на случай болезни (для юридических лиц)
№_____от 20___года

АО "Страховая компания "Сентрас Иншуранс"
Республика Казахстан, 050008, г. Алматы, ул. Шевченко, 157В, тел.+7 (727)259 77 55; факс: 259 77 66
Банковские реквизиты: РНН 600500051119, ИИК KZ578560000000080738, БИК КОВК2КХ,АО «Банк ЦентрКредит», БИН 9912 4000 0451, КБЕ: 15

Заявление юридического лица на добровольное страхование на случай болезни

Данное заявление является основанием для заключения Договора страхования! Заполните его после ознакомления с нашими базовыми Программами страхования на случай болезни для юридических лиц. Если Вы находитесь в затруднении, проконсультируйтесь с представителем нашей компании!

Наименование организации					
ФИО, должность руководителя. Название, номер и дата выдачи документа, на основании которого действует руководитель (Устав,					
Местонахождение организации (фактический и юридический адрес)			Номера телефонов, факс, e-mail		
Банковские реквизиты: (расчетный счет в банке, РНН банка, БИК, КБе)			РНН/БИН		
Вид экономической деятельности		Код сектора экономики		Признак резидентства (резидент,	

Запрашиваемые условия страхования:

Запрашиваемые Программы страхования (названия базовых программ)		Запрашиваемый период страхования	
Если Вы хотите изменить условия базовых программ, опишите в данном разделе запрашиваемые изменения в базовой программе и особые условия к Программе страхования			

Сведения о лице (-ах), в пользу которого (-ых) заключается Договор страхования:

Количество основных Застрахованных (сотрудников), в пользу которых заключается Договор страхования	Программа _____ количество человек _____ Программа _____ количество человек _____ Программа _____ количество человек _____
Количество членов семьи, в пользу которых заключается Договор страхования	Программа _____ количество человек _____ Программа _____ количество человек _____ Программа _____ количество человек _____

Количество лиц старше 50 лет		Количество детей младше 3 лет		Количество лиц с установленной III группой	

Запрашиваемые условия оплаты страховой премии

Единовременно или в рассрочку (опишите суммы и даты платежей)		Наличным или безналичным платежом	

Подтверждаю, что ознакомлен с перечнем заболеваний, наличие которых у лица, в пользу которого заключается Договор страхования, является основанием для отказа в принятии на страхование. Подтверждаю, что в список лиц, в пользу которых заключается Договор страхования, не включены лица с установленной инвалидностью I, II группы.

Подтверждаю, что все сведения, указанные выше, являются достоверными и полными, и буду информировать АО "Страховая компания "Сентрас Иншуранс" обо всех изменениях, касающихся количества Застрахованные в период после заполнения настоящего заявления на страхование и до начала действия Договора страхования.

Согласен с тем, что АО "Страховая компания "Сентрас Иншуранс" заключает договор добровольного страхования на случай болезни только после рассмотрения настоящего заявления. Согласен, с тем, что на основании указанной в настоящем заявлении информации, имеющей существенное значение для оценки страхового риска, АО "Страховая компания "Сентрас Иншуранс" имеет право отказать в принятии на страхование.

Согласен в дальнейшем, что сведения, указанные в настоящем заявлении, будут являться неотъемлемой частью договора, и если какие-либо сведения будут заведомо ложными, Договор страхования будет считаться недействительным с момента заключения, либо АО "Страховая компания "Сентрас Иншуранс" имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты.

Подпись Страхователя_____ Дата «_____ »_20 г.

Сведения о страховом агенте:
*ФИО*_____

Контактная информация (телефон, адрес)
_____

Андеррайтер страховой компании:
*ФИО*_____

Дата«___» _____ 20___г.

Подпись

Приложение 5
К Договору добровольного страхования на случай болезни (для юридических лиц)
№_____от 20___года

Заявление физического лица на добровольное страхование на случай болезни

Сведения о Страхователе (лицо, заключающее Договор страхования)

Ф.И.О.					
Пол		Возраст (полных лет)		Дата рождения	
Ваш домашний адрес	Город_____ Ул._____ Дом_____ кв. _____		Номер контактного телефона		
Документ, удостоверяющий личность (№, дата выдачи, кем выдан)				РНН/ИИН	

Сведения о застрахованном (лицо, в пользу которого заключается Договор страхования) (если лицо, подавшее заявление на страхование заключает договор в пользу другого лица):

Ф.И.О.			Кем данное лицо является по отношению к Страхователю (родитель, супруг, ребенок, пр.)?		
Пол		Возраст (полных лет)		Дата рождения	
Домашний адрес	Город_____ Ул._____ Дом_____ кв. _____		Номер контактного телефона		
Документ, удостоверяющий личность (№, дата выдачи, кем выдан)				РНН/ИИН	

Запрашиваемые условия страхования:

Запрашиваемая Программа страхования		Запрашиваемый период страхования	

Ваши ответы на предлагаемые ниже вопросы относятся только к состоянию здоровья лица, в пользу которого заключается Договор страхования и являются основным критерием для оценки страхового риска, поэтому просим Вас предоставить достоверные и исчерпывающие ответы на них, а также всю дополнительную информацию, которая могла бы повлиять на принятие решения страховой компанией.

	Вопросы	Ответы Да	Нет
1	У Вас имеются хронические заболевания? Если «да», перечислите имеющиеся у Вас хронические заболевания: По каждому заболеванию, которое Вы отметили в этом разделе - заполните, пожалуйста, Приложение к Заявлению	☐	☐
2	Вы имеете или имели в прошлом группу инвалидности? Если «да», ответьте на следующие вопросы: Группа инвалидности Причина инвалидности В каком году она снята?	☐	☐
3	Вам приходилось вызывать бригаду скорой помощи в течение предыдущего года? Если «да», укажите сколько раз	☐	☐
4	У Вас отмечается повышение артериального давления? Если «да», укажите цифры максимального повышения артериального давления мм рт. ст.	☐	☐

6	Вы занимаетесь каким-либо видом спорта? Если «да», укажите каким именно	☐	☐
7	Были ли Вы застрахованы по медицинскому страхованию? Если «да», укажите когда и в какой страховой компании?	☐	☐
8	Был ли Вам когда - либо выставлен диагноз заболевания из нижеприведенного списка? Если «да» - подчеркните, пожалуйста, данное заболевание: ВИЧ-инфекция (СПИД), злокачественные новообразования, психические заболевания, эпилепсия, наркологические заболевания, сахарный диабет 1 типа, детский церебральный паралич, системная красная волчанка, болезнь Бехтерева, болезнь Паркинсона, миастения, миопатия, мозжечковая атаксия Мари, гипофизарный нанизм, демиелинизирующие заболевания нервной системы, Аддисонова болезнь, муковисцидоз, фенилкетонурия, хронический гипокортицизм, врожденный ихтиоз, токсикомания, алкоголизм, туберкулез, бруцеллез, малярия, лепра, профессиональное заболевание, острое или хроническое лучевое поражение, миокардит Абрамова - Фидлера, кардиомиопатии, гемобластозы, апластическая анемия, гипопластическая анемия, синдром и болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитома, врожденный гипотиреоз; диффузные болезни соединительной ткани; дерматомиозит, синдром Шегрена, системная склеродермия, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца - пороками с недостаточностью кровообращения Н11Б-III степени; ревматоидный артрит с нарушением функции суставов II, III степени; гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит; амилоидоз почек, хронический гломерулонефрит; хроническая почечная недостаточность II - III степени; синдром Гудпасчера; бронхиальная астма с гормонозависимым течением; наследственные заболевания, врожденные пороки развития;	☐	☐

Приложение к заявлению на страхование физического лица

(ФИО клиента)_____

Детализация информации по хроническому заболеванию

Заболевание, по которому детализируется информация _____
_____

Состоите ли Вы на диспансерном учете по данному заболеванию? _____
_____

Напишите, какие жалобы (симптомы) беспокоят Вас в настоящее время?_____
_____

В течение последнего года беспокоило ли Вас данное заболевание? □ Да □ Нет
Если «да», как часто обостряется заболевание (каждую неделю, каждый месяц, один раз в год и т.д.) _____

Степень тяжести обострений (болезненно (тяжелое течение), приводит к временной или полной нетрудоспособности, легкий дискомфорт, требуется госпитализация и т.п.) _____
_____

С какого времени Вы считаете себя больным данным заболеванием, дата установления диагноза?
_____

Укажите врачей-специалистов, у которых Вы наблюдаетесь:_____
_____

Укажите названия лекарственных средств, которые вы принимаете по поводу данного заболевания
_____

Планируется ли в ближайшее время лечение данного заболевания в условиях стационара? _____
Если «да», опишите предполагаемый объем лечения _____

Я подтверждаю, что все сведения, указанные в настоящем заявлении являются достоверными и полными, и я буду информировать АО "СК "Сентрас Иншуранс" обо всех изменениях в состоянии моего здоровья между датой подписания заявления на страхование и датой начала действия страховой защиты.
Я согласен с тем, что АО «СК «Сентрас Иншуранс» принимает риск после рассмотрения заявления на страхование.
Я согласен с тем, что на основании указанной в настоящем заявлении информации, имеющей существенное значение для оценки страхового риска, АО "СК "Сентрас Иншуранс", имеет право отказать в принятии на страхование.
Я согласен в дальнейшем, что сведения, указанные в настоящем заявлении на страхование и приложениях к заявлению будут являться неотъемлемой частью Договора страхования, и если какие-либо сведения будут заведомо ложными, Договор страхования будет считаться недействительным с момента заключения, либо АО "СК "Сентрас Иншуранс" имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты.

*Подпись клиента*_____

Дата “____”_____20___г.

Сведения о страховом агенте:
*ФИО*_____

Контактная информация (телефон, адрес)
_____

Заключение андеррайтера страховой компании
*ФИО андеррайтера*_____

Коэффициент андеррайтинга:_____ Страховая премия _____

Примечания:_____
_____

Дата *“____”_____20___г.* *Подпись* _____

Приложение 6
К Договору добровольного страхования на случай болезни (для юридических лиц)
№ от _ 20_____года.

Регламент обслуживания Страхователя (Застрахованного)
при наступлении страхового случая

Общие рекомендации:

При наступлении страхового случая, Страхователю/Застрахованному следует связаться:
- **г. Алматы** - с круглосуточным Call-center Представителя Страховщика по телефонам: +7(727) 2 79 01 10, 8 701 750 01 76
- **г.Астана** - круглосуточно +7(7172) 70 11 99, 8 701 951 32 00 и сообщить о возникшей проблеме, назвать номер вашей карточки, ФИО, телефон и местонахождение.
- **В других регионах** - с круглосуточным Call-center Представителя Страховщика по телефонам: +7(727) 2 79 01 10, 8 701 750 01 76, 8 800 080 10 03 или же с региональным координатором и сообщить о возникшей проблеме, ФИО, телефон и местонахождение.

Для получения информации о Программе страхования, работе медицинских центров/семейных врачей и т.д., в Вашем регионе, Страхователь/Застрахованный вправе также связаться с круглосуточным Call-center Представителя Страховщика по телефонам: +7(727) 2 79 01 10, 8 701 750 01 76, 8 800 080 10 03.

При необходимости экстренной медицинской помощи свяжитесь с Call-center или со службой неотложной медицинской помощи по телефону 103.

Амбулаторно-поликлиническая помощь
- Для того чтобы получить медицинскую помощь в поликлинике необходимо обратиться к семейному врачу в клинику прямого доступа Представителя Страховщика. П**ри посещении семейного врача Застрахованному необходимо иметь при себе страховую Карточку, документ удостоверяющий вашу личность.** Семейный врач окажет Застрахованному консультативную помощь или, при необходимости, направит Застрахованного в одно из медицинских учреждений прямого/непрямого доступа, входящих в медицинскую сеть Представителя Страховщика.
- По рецепту или направлению, выписанному семейным врачом/региональным координатором, Застрахованный может получить лекарства или лечение/процедуры в медицинском учреждении сети Представителя Страховщика. В соответствии с направлением семейного врача Застрахованный может самостоятельно, либо через Call-center записаться на прием к узкому специалисту. Рецепт для получения лекарств, назначенных специалистом, Застрахованный также может получить у семейного врача Представителя Страховщика.
- Контактные телефоны клиник и Ф.И.О. семейных врачей Представителя Страховщика указаны в приложении 1 к Договору.

Вызов семейного врача (терапевта, педиатра) на дом
Если у Застрахованного нет возможности посетить семейного врача в клинике по состоянию здоровья (высокая температура, острая боль и т.д.), Застрахованный может его вызвать в течение шести дней в неделю, (исключая воскресенье) в период пн.-пт. с 9.00 до 17.00 ч., сб. с 9.00 до 12.00, а в остальное время бригаду скорой медицинской помощи по телефону круглосуточной диспетчерской службы указанной в идентификационной карточке:

- В г. Алматы - позвонив в круглосуточный Call-center;
- В регионах - позвонив непосредственно региональному координатору или в круглосуточный Call-center

Стоматологическая помощь
При необходимости получения стоматологической помощи в пределах лимита (если эта услуга предусмотрена Программой), Застрахованный может обратиться напрямую в одну из стоматологических клиник, входящих в сеть Представителя Страховщика, без направления семейного врача. Или же получить стоматологическую помощь самостоятельно, с дальнейшим возмещением расходов в Страховой компании с предоставлением всех необходимых документов.

Аптечное обслуживание
Лекарственные препараты Застрахованный может получить бесплатно в пределах лимита (если эта услуга предусмотрена Программой страхования) по рецепту, выписанному семейным врачом, в аптеках, входящих в сеть Представителя Страховщика. **Как действовать, при возникновении страхового случая на территории, не входящей в медицинскую сеть Представителя Страховщика**
1. При возникновении ухудшения состояния здоровья Застрахованному необходимо сообщить в Call-center Представителя Страховщика, любым доступным способом, о случившемся, а также место нахождение, контактные телефоны Застрахованного и/или сопровождающих Застрахованного лиц.
2. Застрахованному необходимо уточнить в Call-center, где находится ближайшая клиника, входящая в медицинскую сеть Представителя Страховщика.
3. Если есть возможность Застрахованному необходимо самостоятельно добраться до клиники Представителя Страховщика, либо обратиться в близрасположенную амбулаторию/стационар с целью купирования острого состояния.
4. Все действия Застрахованного должны быть скоординированы с Call-center Представителя Страховщика.
5. В случае получения платных услуг в медицинских учреждениях вне сети Представителя Страховщика Застрахованный может подать документы Страховщику с целью возмещения понесенных расходов (перечень необходимых документов см. ниже)
6. Все действия связанные с медицинской эвакуацией и транспортировкой предоставляются муниципальными службами либо проводятся самостоятельно, если иное не предусмотрено Программой.

Госпитализация

Экстренная госпитализация предусматривает: вызов Застрахованным /региональным координатором/семейным врачом бригады неотложной медицинской помощи и/или пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии и/или проведение оперативного вмешательства в первые сутки госпитализации.
В случае экстренной госпитализации без помощи Представителя Страховщика, Застрахованному или родственникам Застрахованного необходимо уведомить семейного врача в течение 24-часов, для дальнейшего контроля лечения.
Экстренные показания к стационарному лечению: бессознательное состояние;
наружные кровотечения, сопровождающиеся выраженной кровопотерей, а также внутренние кровотечения и кровоизлияния в органы;
ожоги и обморожения;
травмы;
отравления;

аллергические реакции (отек Квинке, синдром Лайела, синдром Стивенса-Джонса); судороги; острые хирургические состояния; острая почечная недостаточность; острая печеночная недостаточность; острая церебральная недостаточность; острая дыхательная недостаточность; острая сердечнососудистая недостаточность; острый инфаркт миокарда; гипертонический криз; нестабильная стенокардия; шок любой этиологии.

Плановая госпитализация осуществляется по направлению семейного врача в стационары, входящие в медицинскую сеть Представителя Страховщика.

Плановые показания для стационарного лечения: в случае ухудшение состояния здоровья Застрахованного (вследствие впервые возникшего острого заболевания или обострения хронического заболевания), требующего круглосуточного пребывания Застрахованного в стационаре для непрерывного врачебного контроля или проведения сложных лечебно-диагностических процедур.

Пребывание Застрахованного в стационаре контролируется семейным врачом Представителя Страховщика.

Помните! При самостоятельной госпитализации Застрахованному необходимо сообщить в течение 24 часов в круглосуточный Call-center Представителя Страховщика или региональному координатору Вашего региона!

Стационарное лечение только через координационный центр

1. Стационарное лечение по <u>лечебным показаниям</u> покрывается Страховщиком в рамках Программы страхования.
2. Стационарное лечение по <u>экстренным показаниям</u> покрывается Страховщиком в рамках Программы страхования.
3. Страховщик покрывает расходы по стационарному лечению основного заболевания.
4. Решение о направлении на стационарное лечение, а также выбор профильного стационара принимается Представителем Страховщика.
5. Если в период плановой (по лечебным показаниям) госпитализации был поставлен клинический диагноз, являющийся исключением из страховых случаев, Страховщиком покрываются койко-дни до постановки диагноза. Дальнейшие диагностика и лечение данного заболевания Страховщиком не покрываются.

Порядок возмещения медицинских услуг полученных вне медицинской сети

Чтобы Страховщик возместил понесенные расходы, необходимо сообщить в Call-center о том, что Застрахованный хочет посетить врача в клинике, не входящую в медицинскую сеть, затем предоставить документы, в течение 30 календарных дней с момента получения медицинской услуги:

7) документ, удостоверяющий личность, либо нотариально засвидетельствованную доверенность на получателя;
8) свидетельство налогоплательщика (РНН) получателя (индивидуальный идентификационный номер (ИИН);
9) направление врача - сотрудника медицинской сети;
10) документы, подтверждающие полученные медицинские услуги:

- *<u>по амбулаторно-поликлинической помощи</u>* - счет - фактуру, фискальный чек и копию из амбулаторной карты с результатами обследования, указанием диагноза и рекомендаций врача;
- *<u>по стационарному лечению</u>* - счет - фактуру, фискальный чек, копию выписки из стационара, калькуляционный лист;
- *<u>по стоматологическому лечению</u>* - заказ-наряд с печатью (документ, выдаваемый врачом-

стоматологом), фискальный чек;

- *по лекарственному обеспечению* - товарный чек, фискальный чек, копию назначений врача с указанием диагноза и полученных рекомендаций.

11) сведения о карточном или лицевом счете Застрахованного.

Что необходимо предпринять при перерасходе средств по медицинской услуге?

О состоянии лимита средств по медицинским услугам Застрахованный может узнать, позвонив в наш Call-center +7(727) 2 79 01 10, 8 701 750 01 76

Сумму перерасхода Застрахованный обязан оплатить в течение **10 (десяти) дней** с момента получения от Представителя Страховщика уведомления о перерасходе лимита/страховой суммы. Оплата производится в кассу Представителя Страховщика наличными деньгами или перечислением на банковский счет Представителя Страховщика. Оплата в других регионах суммы перерасхода проводится перечислением на банковский счет Представителя Страховщика либо наличными деньгами через регионального координатора.

В случае не оплаты суммы перерасхода, идентификационная Карточка Застрахованного будет заблокирована до полной оплаты суммы перерасхода.

Какие услуги предоставляет круглосуточный Call-center?

- Вызов скорой медицинской помощи;
- Вызов семейного врача на дом;
- Информированные услуги по работе врачей-специалистов, адреса и телефоны медицинских учреждений, входящих в медицинскую сеть Представителя Страховщика;
- Информационные услуги по Программе страхования, лимитам и расходам и т.д.;

Застрахованный должен расписываться только в заполненном семейным врачом/региональным координатором направительном бланке напротив фактически полученной медицинской услуги. В направлениях должны быть указаны: наименование медицинского учреждения, Ф.И.О. семейного врача, Ф.И.О. Застрахованного, диагноз, дата направления; наименование каждой медицинской услуги, их количество.

СТРАХОВЩИК:	СТРАХОВАТЕЛЬ:
_____	_____
М.П.	М.П.

Наименование документа: **Правила добровольного страхования на случай болезни** *АО «СК «Сентрас Иншуранс»*

Структурное подразделение: ***Управление методологии АО «СК «Сентрас Иншуранс»***

	Должность	Ф.И.О.	Подпись	Дата
Согласовано:	Управляющий директор, член Правления	Мусина Д.Н.		30.04.13
Согласовано:	Управляющий директор, член Правления	Погорелов Р.А.		
Согласовано:	Управляющий директор, член Правления	Хван Н.В.		
Согласовано:	Управляющий директор	Естемесов А.Д.		
Согласовано:	Управляющий директор	Искаков С.С.		
Согласовано:	Управляющий директор	Садыбекова Г.А.		19.04.13
Согласовано:	Директор Департамента перестрахования	Каржаубаев Д.М.		
Согласовано:	Директор Юридического департамента	Ким С.В.		
Согласовано:	Директора Департамента урегулирования убытков	Ундыбаев Е.С.		
Согласовано:	Заместитель директора Департамента андеррайтинга	Нуркатов Д.М.		
Согласовано:	Главный бухгалтер	Чеботарева М. А.		23.04.13
Согласовано:	Начальник Управления медицинского страхования	Джакелова А.А.		
Согласовано:	Комплаенс-контролер	Барт Г.А.		
Согласовано:	Начальник Канцелярии	Есбаланова Р.Т.		
Согласовано:	Начальник Управления методологии	Айсарова М.Б.		
Подготовлено:	Специалист Управления методологии	Хасанова Н.К