

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 1 из 35</b>

**УТВЕРЖДЕНЫ**  
**Решением Совета Директоров**  
**АО «Компания по страхованию жизни**  
**«НОМАД LIFE»**  
**Протокол № 130416/2 от «13» апреля 2016 г**

**Правила добровольного страхования на случай болезни**  
**ПР-ДАиП -01**

**г. Алматы 2016**

*Данный документ поддерживается в электронном виде.  
После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 2 из 35
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>		

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения .....	3
2. Объект страхования.....	8
3. Страховой случай .....	8
4. Ограничение страхования.....	8
Исключения из страховых случаев и отказ в страховой выплате. ....	8
5. Порядок заключения Договора .....	15
6. Страховая сумма.....	16
7. Страховая премия .....	17
8. Срок и место действия Договора .....	17
9. Права и обязанности сторон.....	18
10. Последствия увеличения страхового риска в период действия Договора.....	22
11. Действия Страхователя/Застрахованного при наступлении страхового случая.....	22
12. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков.....	29
13. Порядок и условия осуществления страховой выплаты .....	30
14. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате .....	30
15. Условия прекращения Договора .....	31
16. Дополнительные условия .....	32
17. Порядок разрешения споров.....	32
ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ.....	33
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ .....	34
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ .....	35

	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 3 из 35
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>		

## 1. Общие положения

**1.1.** На условиях настоящих Правил (далее – Правила) АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE», именуемое в дальнейшем Страховщик, заключает договоры добровольного страхования на случай болезни (далее – Договор).

**1.2.** В настоящих Правилах употребляются следующие понятия:

1) **Административные расходы** – расходы Страховщика по ведению и администрированию договора страхования.

2) **Амбулаторно-поликлиническая помощь** - предоставление Застрахованным медицинских услуг в амбулаторно-поликлиническом режиме в медицинских организациях из списка Страховщика, а также в других медицинских организациях, письменно согласованных со Страховщиком и в случаях, предусмотренных Договором;

3) **Амбулаторно-поликлиническая помощь по экстренным показаниям** – оказание Застрахованному экстренной медицинской помощи, направленной на устранение угрожающих для жизни экстренных состояний в амбулаторно-поликлинических условиях. Амбулаторно-поликлиническая помощь по экстренным показаниям включает в себя и ограничивается:

- первичной консультацией семейного врача, при необходимости врача специалиста;
- лабораторно-инструментальными исследованиями, а именно: общий анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ диагностика, ЭКГ диагностика, рентген диагностика;
- открытием Застрахованному листа временной нетрудоспособности.

4) **Амбулаторно-поликлиническая помощь по лечебным показаниям** – оказание медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях при возникновении у Застрахованных острых или обострение хронических заболеваний. Амбулаторно-поликлиническая помощь включает в себя консультации семейных врачей и врачей-специалистов, услуги среднего медицинского персонала, услуги физиотерапии, массаж, полную экспертизу временной нетрудоспособности;

5) **Врач** – специалист, имеющий высшее медицинское образование, осуществляющий оказание медицинских услуг Застрахованным на основании договора с медицинской организацией или с медицинским ассистансом; а также специалисты, занимающиеся на основании соответствующей лицензии частной медицинской практикой;

6) **Врачебная тайна** включает в себя, но не ограничивается этим: информацию о факте обращения Застрахованных за медицинской помощью, о состоянии их здоровья, диагнозах их заболеваний и иные сведения, полученные при их обследовании и (или) лечении;

7) **Выгодоприобретатель** - лицо, которое в соответствии с Договором является получателем страховой выплаты. Выгодоприобретателями признаются:

- а) в случае организации и предоставления услуг Медицинским ассистансом и/или медицинскими организациями – Медицинский ассистанс;
- б) в случае самостоятельной оплаты услуг Застрахованным, на условиях настоящих Правил и Договора страхования – Застрахованный.

8) **Госпитализация (стационарное лечение)** – оказание медицинской помощи Застрахованному в стационарных условиях сроком не менее одних суток;

9) **Госпитализация (стационарное лечение) по плановым показаниям** – госпитализация в медицинские организации из Списка Страховщика, осуществляемая для обследования и/или лечения обострения хронических заболеваний Застрахованного

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 4 из 35

после предварительного осмотра и диагностики врачом специалистом (семейный врач, узкий специалист) и по направлению семейного врача;

10) **Госпитализация (стационарное лечение) по экстренным показаниям** – госпитализация в медицинские организации из Списка Страховщика в случае внезапного ухудшения состояния здоровья, представляющего угрозу жизни Застрахованного;

11) **Дневной стационар** – предоставление Застрахованному, по направлению семейного врача, медицинских услуг в отделениях/палатах дневного пребывания в стационарах/организациях из списка Страховщика. Дневной стационар включает в себя предоставление услуг:

- консультации врачей-специалистов по профилю заболевания Застрахованного;
- проведение необходимых лабораторно-инструментальных методов диагностики;
- услуги среднего медицинского персонала, назначенные семейным врачом или врачом специалистом.

12) **Заболевание** – нарушение нормальной жизнедеятельности органов или систем организма Застрахованного, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями;

13) **Застрахованные** – сотрудники Страхователя, а также члены семьи сотрудника, в отношении которых осуществляется страхование и которые указаны в Списке Застрахованных;

14) **Заявление – анкета на страхование** – форма установленного Страховщиком образца заявления, на основании которого заключается Договор;

15) **Круглосуточная диспетчерская служба** – это диспетчерская служба Медицинского ассистанса, которая осуществляет свою деятельность 24 (двадцать четыре) часа в сутки 7 (семь) дней в неделю и выполняет следующие функции: прием вызова скорой помощи и/или семейного врача на дом; осуществляет запись на прием к узкопрофильным врачам и на лабораторно-диагностические исследования; медицинские консультации; предоставляет справочную информацию по работе узкопрофильных врачей (график работы, адреса, телефоны медицинских организаций), а также предоставляет информацию по программам, лимитам и расходам Застрахованного. Номера телефонов круглосуточной диспетчерской службы указываются на медицинской пластиковой карточке.

16) **Лабораторно/инструментальные исследования** – исследования/анализы, проводимые с целью уточнения, подтверждения или исключения диагноза;

17) **Лекарственные средства** - средства, представляющие собой или содержащие фармакологически активные вещества, предназначенные для профилактики, диагностики и лечения заболеваний, а также изменения состояния и функций организма: лекарственное вещество, лекарственная субстанция, лекарственное сырье природного происхождения, лекарственные англо- и балкпродукты, лекарственные препараты, иммунобиологические медицинские препараты. К лекарственным средствам приравниваются парафармацевтики, медицинская техника и изделия медицинского назначения (линзы контактные и для коррекции зрения, предметы и материалы, изделия, инструменты, устройства, приборы, аппаратура), используемые в целях диагностики, профилактики и лечения заболеваний;

18) **Медицинский ассистанс (Ассистанс)** – юридическое лицо, которое на основании договора о сотрудничестве со Страховщиком принимает на себя обязательство от имени Страховщика осуществлять организацию, координацию, учет и контроль предоставления Застрахованным лицам медицинских услуг, предусмотренных

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 5 из 35

Договором и Программой страхования, а так же контроль за надлежащим качеством медицинских услуг;

19) **Медицинский координатор** – работник Медицинского ассистанса, осуществляющий организацию, координацию оказания Застрахованным медицинских услуг и контроль за их надлежащим качеством, и выступающий во взаимоотношениях с Застрахованным от имени Страховщика;

20) **Медицинские организации** – организации здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, оказывающие медицинские услуги на основании соответствующей лицензии (больницы, клиники, поликлиники, диагностические центры, диспансеры, станции скорой медицинской помощи, республиканские специализированные медицинские центры, клиники научно-исследовательских институтов, санаторно-курортные и реабилитационные организации, аптечные организации - аптеки, аптечные склады, аптечные пункты, аптечные киоски);

21) **Медицинские организации и врачи из Списка Страховщика (далее - Список Страховщика)** – медицинские организации и врачи, которые заключили с Медицинским ассистансом договоры, определяющие условия и порядок предоставления медицинской помощи и/или лекарственных средств Застрахованным. Список Страховщика является Приложением к Договору страхования;

22) **Медицинская пластиковая карточка АО КСЖ «НОМАД LIFE»** (далее – «медицинская пластиковая карточка») – идентификационный документ, оформляемый Страховщиком на Застрахованного, подтверждающий право Застрахованного на получение бесплатных медицинских услуг и/или возмещение медицинских расходов, в соответствии с закрепленной за Застрахованным Программой страхования. Медицинская пластиковая карточка действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

23) **Медицинская помощь** - комплекс медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями и медицинскими работниками, включающих лекарственную помощь, направленных на сохранение и восстановление здоровья Застрахованных;

24) **Медицинская сестра общей практики (средний медицинский персонал)** - специалист в области сестринского дела, осуществляющий свою деятельность совместно с врачом общей практики и обеспечивающий доврачебную помощь населению, включая диагностические, лечебные, профилактические и реабилитационные мероприятия;

25) **Медицинские услуги** – услуги по предоставлению медицинской помощи и лекарственных средств;

26) **Общая страховая сумма по Договору** – предельный объем ответственности Страховщика по всем видам медицинских услуг, в соответствии с Программой страхования, при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев по всем Застрахованным за весь период действия Договора;

27) **Общая страховая сумма по одному Застрахованному** – предельный объем ответственности Страховщика по всем видам медицинских услуг, в соответствии с Программой страхования, при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев по данному Застрахованному за весь период действия Договора. Если к Застрахованному прикреплены члены его семьи, страховая сумма для Застрахованного и всех членов семьи является общей;

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 6 из 35

28) **Программа страхования (Программа)** – объем и виды медицинских услуг, предоставляемых Страховщиком Застрахованному, с указанием категорий (перечня) медицинских услуг и страховых сумм, является Приложением к Договору;

29) **Профессиональное заболевание** - заболевание, вызванное воздействием на работника вредных и (или) опасных производственных факторов в связи с выполнением работником своих трудовых (служебных) обязанностей;

30) **Семейный врач** – врач общей практики - дипломированный медицинский работник, имеющий соответствующее разрешение на оказание первичной и непрерывной медицинской помощи отдельным лицам, семьям и всему контингенту лиц, прикрепленных к его практике, независимо от возраста, пола или характера заболевания. Семейный врач является работником медицинского ассистанса и выступает во взаимоотношениях с Застрахованным от имени Страховщика;

31) **Соблюдение врачебной тайны** – правила поведения медицинских организаций о неразглашении врачебной тайны;

32) **Список Застрахованных** – перечень лиц, подлежащих медицинскому обслуживанию, предоставляемый Страхователем Страховщику, в котором указывается фамилия, имя, отчество Застрахованного, год рождения, адрес фактического места проживания и телефон, Программа страхования, период страхования, страховая премия. Список Застрахованных является Приложением к Договору;

33) **Страховой риск** – вероятность наступления страхового случая.

34) **Страховая сумма** - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая. Договором устанавливается несколько уровней предельного объема ответственности Страховщика;

35) **Страховая сумма по виду (категории) медицинских услуг по одному Застрахованному** – предельный объем ответственности Страховщика по отдельному виду/категории медицинских услуг, в соответствии с Программой страхования при наступлении страхового случая или нескольких страховых случаев по данному Застрахованному за весь период действия Договора. Если к Застрахованному прикреплены члены его семьи, страховая сумма по виду (категории) медицинских услуг для Застрахованного и всех членов семьи является общей, если иное не оговорено Программой страхования;

36) **Увеличение страхового риска** – повышение вероятности наступления страхового случая ввиду наличия/возникновения обстоятельств, непосредственно влияющих на такое повышение. Обстоятельствами, влияющими на увеличение страхового риска по Договору признаются:

- заболевания, входящие в утвержденный в Республике Казахстан перечень социально значимых заболеваний и состояний, представляющие опасность для окружающих;
- выявление заболеваний/обстоятельств, указанных в п.п.2),3),4),5) п.п. 4.1.1. настоящих Правил;
- хронические заболевания.

37) **Хирургическая операция по медицинским показаниям** – плановая операция по назначению врача;

38) **Хроническое заболевание** - это заболевание, обладающее одним или группой следующих признаков:

- является постоянным и/или ставится постоянный диагноз;
- ведет к частичной нетрудоспособности;

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	стр. 7 из 35

- причиной являются необратимые патологические изменения;
- требует специального режима Застрахованного для реабилитации;
- ожидается, что потребует длительного периода восстановления, частично или полностью утратившей функции органов или систем.

39) **Члены семьи сотрудника Страхователя** - ее (его) супруг (а) в возрасте от 18 лет до 65 лет и дети в возрасте от 1 года до 18 лет. Застрахованный член семьи не может быть дважды принят на страхование по одному Договору;

40) **Экстренная медицинская помощь** (скорая медицинская помощь) - предоставление Застрахованному медицинских услуг при возникновении экстренных состояний.

41) **Экстренное состояние** - это внезапное резкое ухудшение состояния здоровья Застрахованного, угрожающее его жизни и здоровью и требующее немедленного медицинского вмешательства:

- Внезапная потеря сознания;
  - Остро развивающиеся расстройства сердечно-сосудистой деятельности (внезапно возникшая боль или нарушение ритма сердца);
  - Острое нарушение кровообращения (инсульт, инфаркт);
  - Остановка сердца и дыхания;
  - Расстройства органов дыхания - одышка, удушье;
  - Параличи, судорожные припадки;
  - Сильные кровотечения, кровавая рвота, неукротимая рвота и понос;
  - Острая задержка мочи;
  - Резко выраженный болевой синдром, не купирующийся приемом пероральных обезболивающих средств;
  - Тяжелые аллергические реакции (анафилактический шок, отек Квинке);
  - Острые отравления пищей, лекарствами, химическими и ядовитыми веществами;
  - Укусы ядовитых змей и насекомых;
  - Травмы, переломы, ранения, вывихи;
  - Тяжелые ожоги и отморожения 2-4 степени, поражения электрическим током и молнией, тепловые и солнечные удары;
  - Сотрясения и ушибы мозга;
  - Асфиксии всех видов, утопления, инородные тела дыхательных путей;
  - Внезапное повышение артериального давления (гипертонический криз);
  - Высокая лихорадка свыше 39 градусов, которая не снижается пероральными жаропонижающими средствами;
- 42) **Экстренная хирургическая операция** – внезапная и заранее непредвиденная хирургическая операция, проведенная Застрахованному, незамедлительно после его поступления в медицинскую организацию в связи с экстренным состоянием, представляющим угрозу жизни и здоровью Застрахованного.

**1.3.** Договора могут заключаются с физическими (независимо от гражданства) и юридическими лицами (независимо от форм собственности), именуемыми в дальнейшем Страхователь.

**1.4.** Страхователями признаются:

- дееспособные граждане, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее - Застрахованные);

	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 8 из 35
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>		

- юридические лица - организации и другие хозяйствующие субъекты любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие на территории Республики Казахстан, в соответствии с законодательством Республики Казахстан, заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц.

## 2. Объект страхования

**2.1.** Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с его расходами по получению медицинских услуг в рамках Программы и условий Договора страхования.

## 3. Страховой случай

**3.1. Страховым случаем** является факт обращения Застрахованного при возникновении острого заболевания и /или обострении хронического заболевания, в течение срока действия Договора в медицинские организации и/или к медицинским работникам из Списка Страховщика к Договору страхования, за получением медицинских услуг в соответствии с условиями Договора и Программой страхования, и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских услуг.

**3.2.** Страховыми рисками, согласно Правилам, являются затраты на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации и уходу, согласно Программы страхования.

## 4. Ограничение страхования.

### Исключения из страховых случаев и отказ в страховой выплате.

**4.1. Страховщик имеет право отказать в заключении Договора в качестве Застрахованного лицу или в отношении лиц, попадающего(их) в одну из следующих категорий:**

- 1) лица младше 1 года и старше 65 лет, если иное не предусмотрено Программой страхования;
- 2) лица, имеющие на момент заключения Договора заболевания, указанные в Приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526 «Об утверждении перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения» и лица, имеющие на момент заключения Договора заболевания, указанные Приказе Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих» ;
- 3) лица, являющиеся на момент заключения Договора инвалидами I, II, III групп и/или имеющие врожденные/приобретенные или наследственные заболевания;
- 4) лица с циррозом печени и с хроническим вирусным гепатитом с высокой степенью активности;
- 5) лица с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем (бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, приобретенные и врожденные пороки сердца, сердечная недостаточность II-III степени, тяжелые формы аритмии, постинфарктный кардиосклероз и кардиомиопатия);

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*



	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 9 из 35</b>

б) лица, которые госпитализированы в медицинские организации на момент заключения Договора.

**4.2.** Лица старше 65 лет, могут быть включены в Договор в качестве Застрахованных только по письменному согласованию со Страховщиком, при условии предоставления предварительной информации о состоянии здоровья данных лиц;

**4.3.** Прикрепление членов семьи Застрахованного осуществляется в течение 45 (сорок пять) (сорока пяти) календарных дней с даты заключения Договора. По истечении вышеуказанного срока прикрепление новых членов семьи возможно:

- в случае вступления сотрудника в официальный брак – прикрепление супруги(а);
- при достижении ребенком возраста более 1 (одного) года в течение действия Договора - прикрепление ребенка.

**4.4.** Если в период действия Договора, Застрахованному устанавливается инвалидность, в этом случае Страховщик покрывает расходы за медицинские услуги (консультации, обследования), полученные Застрахованным до момента установления инвалидности. Данный пункт применяется в случае впервые установленной Застрахованному группы инвалидности.

**4.5.** При установлении в период действия Договора Застрахованному инвалидности I, II, III группы или диагноза по заболеванию, указанному в п.п.2) п.4.1. настоящих Правил, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора в отношении данного Застрахованного в соответствии с условиями Договора с даты установления инвалидности или заболевания (если в отношении данного Застрахованного наступают оба указанных события, то принимается во внимание дата, наступившая первой), либо потребовать в отношении данного Застрахованного изменения условий Договора и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска;

**4.6.** Страховщик не осуществляет страховую выплату (Застрахованному не предоставляются медицинские услуги) в случаях, связанных с:

1) диагностикой и лечением заболеваний, указанных в Приказе Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526 «Об утверждении перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения» и заболеваний, указанных в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих»;

2) диагностикой и лечением психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании, а также различные травмы/заболевания, возникшие и/или явившиеся последствиями вышеперечисленных заболеваний;

3) диагностикой и лечением хронических заболеваний вне стадии обострения;

4) диагностикой и лечением аутоиммунных заболеваний;

5) лечением профессиональных заболеваний;

6) лечением врождённых и/или приобретенных, а так же наследственных заболеваний/пороков развития, в том числе ДЦП (детский церебральный паралич);

7) с инфекционными заболеваниями, а именно:

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 10 из 35</b>

- диагностикой и лечением любых инфекционных заболеваний, в том числе инфекций, требующих санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге, наложение карантина, наблюдением за контактными лицами, исключение: острые кишечные инфекции, ОРВИ;
  - диагностикой и лечением любых венерических заболеваний и ЗППП (заболеваний передающихся половым путем), включая гонорею, сифилис, паховая гранулема, цитомегаловирусная инфекция, урогенитальный герпес, бактериальный вагиноз, микоплазмоз, уреаплазмоз, гарднереллез, хламидиоз, трихомониаз;
  - диагностикой и лечением любых разновидностей пандемического гриппа (птичий, свиной и др.);
  - лечением чесотки, грибковых заболеваний (исключения: кандидоз ЛОР-органов, легочной кандидоз).
- 8) лечением заболеваний/травм, явившимися результатом занятий Застрахованным профессиональным спортом, в том числе занятия альпинизмом, спелеологией, горнолыжным, вело- или мотоспортом; участия Застрахованного в скачках, автогонках, при управлении летательного аппарата; участия Застрахованного в различного рода испытаниях, всех экстремальных видах спорта (прыжки с парашютом).
- 9) диагностикой и лечением эпилепсии, болезни (синдрома) Паркинсона, болезни Альцгеймера, полиомиелита, гидроцефалии, рассеянного склероза; последствий и осложнений перенесенного нарушения мозгового кровообращения; дегенеративно-дистрофического и демиелинизирующего заболевания нервной и костной системы; гепатоцеребральной дистрофии (Болезнь Вильсона-Коновалова); экстрапирамидных и других двигательных нарушений нервной системы; нарушений речи;
- 10) диагностикой и лечением заболеваний крови, том числе всех видов анемий.
- 11) диагностикой и лечением всех видов гиповитаминозов, дефицитных состояний и их последствий;
- 12) с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а именно:
- лечением кардиомиопатии, тяжелых форм аритмий (мерцательная аритмия, полная атриовентрикулярная блокада), постинфарктного кардиосклероза;
  - лечением хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения II Б-III стадии;
  - проведением ангиографии;
  - подготовкой и проведением хирургических операций на сердце, в том числе ангиопластики коронарных сосудов, аортокоронарного шунтирования, стентирования, установки ИВР и т.д;
- 13) диагностикой и лечением диффузных болезней соединительной ткани: ревматоидный артрит, СКВ, дерматомиозит, узелковый периартериит, системная склеродермия, болезнь Бехтерева, болезнь Шагрена, болезнь Такаясу, синдром Гудпастчера, Синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм с поражением сердца, системные васкулиты, гранулематоз Вегенера и т.д.;
- 14) лечением заболеваний костного аппарата (реактивные артриты, остеопорозы, в том числе деформирующие остеоартрозы, хронические остеомиелиты, дисплазии, нарушения осанки, остеофиты);
- 15) остеохондрозами различной локализации, за исключением диагностики и снятия острого болевого синдрома;

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 11 из 35</b>

16) лечением заболеваний сосудов и их последствий, а именно: атеросклерозом, аневризмой, болезнью Такаюсу (неспецифический аортоартериит), Болезнью Бюргера (облитерирующий тромбоангиит, эндоартериит), синдромом Вегенера; варикоцеле, тромбозом, варикозным расширением вен нижних конечностей и/или прямой кишки;

17) глазными болезнями, а именно:

- лечением катаракты, глаукомы, птеригиума, спазма аккомодации, косоглазия, отдаленных последствий травм глаза в виде отслойки сетчатки;

- массажем век и биостимуляцией глазного яблока; манипуляциями, связанными с применением аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

- подготовкой к проведению и непосредственно операциями, связанными с миопией, гиперметропией, астигматизмом, в том числе операции с применением лазера.

18) лечением хронических заболеваний дыхательной системы: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), эмфизема легких и другие хронические заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 стадии;

19) лечением заболеваний мочеполовой системы: поликистоз почек/яичников, хронический гломерулонефрит, ХПН 2-3 стадии, амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей; энурезы любого происхождения;

20) диагностикой и лечением заболеваний предстательной железы: простатиты, аденомы и т.д., проведением урологического массажа, (исключение первичная консультация уролога и УЗИ предстательной железы);

21) эндокринными заболеваниями и их последствиями:

- определением уровня гормонов щитовидной железы более 3 (трех) ИФА или ПЦР за период страхования (только при наличии данных исследований в программе страхования);

- лечением сахарного диабета 1 и 2 типа, несахарного диабета, синдрома и болезни Иценко-Кушинга, феохромоцитомы, болезни Аддисона, гипопитуитарного нанизма; врожденного гипотиреоза, заболеваний щитовидной железы и их последствиями.

22) репродуктивной функцией, а именно:

- диагностикой и лечением: бесплодия и/или импотенции;

- лечением нарушений менструального цикла, климактерического синдрома;

- любыми методами контрацепции, в том числе введением/удалением внутриматочной спирали (ВМС);

- искусственным оплодотворением, генетическими исследованиями, услугами планирования семьи;

- исследованием на онкоцитологию и кольпоскопию более 1 раза за период страхования на каждого застрахованного;

- искусственным прерыванием беременности (аборт) и его последствиями, за исключением случаев прямо угрожающих жизни Застрахованной;

- патронажем беременности и родов (включая все виды осложнений по беременности и родам), если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;

23) лечением доброкачественных новообразований и/или гиперпластических процессов (аденома, фибромиома, мастопатия, эрозия шейки матки и т.д.);

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 12 из 35</b>

- 24) лечением хронических кожных заболеваний: псориаз, врожденный ихтиоз, экзема, аллопеция, атопический дерматит, нейродермиты, микозы, витилиго, бородавки, угревая болезнь, демодекоз, а так же любые виды лишая и/или герпеса, независимо от нозологии;
- 25) заболеваниями желудочно-кишечного тракта:
- диагностикой и лечением циррозов печени и гепатитов, независимо от формы, вида, нозологии и т.д., хронической печеночной недостаточности;
  - исследованием «Гастропанель»;
  - лечением болезни Крона, стеатогепатоза, целиакии, хронического энтерита, неспецифического язвенного колита, дисбактериоза;
- 26) диагностикой и лечением паразитарных заболеваний (гельминтозов), независимо от вида/нозоологии;
- 27) диагностикой и лечением заболеваний иммунной системы;
- 28) аллергическими болезнями, а именно:
- аллергодиагностикой, за исключением кожных скарификационных проб;
  - лечением аллергических заболеваний вне стадии обострения.
- 29) с экстракорпоральными методами лечения (гемодиализ, плазмоферез, гемосорбция, УФО крови, лазерное облучение крови);
- 30) расходами по любого рода трансплантации, имплантации и/или протезированию, в том числе эндопротезированию, остеосинтезу, остеопластике, реконструктивным/восстановительным операциям, любым операциям с использованием различных фиксаторов (штифтов, винтов, болтов, спиц, пластин, костных швов, дистракционно-компрессионных аппаратов и т.д.), операциям по пересадке органов и тканей за исключением трансплантации кожи при ожогах III-IV степени, с целью спасения жизни Застрахованного;
- 31) обследованиями ИФА, ПЦР и/или РИФ-диагностикой, а также определения уровня половых гормонов, отвечающих за репродуктивную функцию, если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;
- 32) диагностическими обследованиями любыми методами магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ), компьютерной томографии (КТ), если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;
- 33) предоставлением следующих услуг по стоматологии:
- протезирование и любая подготовка к нему;
  - любая реставрация зуба выполненная не с лечебной целью;
  - хирургические вмешательства с косметологической целью;
  - ортодонтия;
  - снятие зубных отложений и/или зубного камня;
  - профилактические мероприятия (серебрение, фторирование и т.д.);
  - обучение гигиене полости рта;
  - профилактика и лечение заболеваний полости рта аппаратом VECTOR.
- 34) получением сеанса/курса массажа, а именно:
- общего массажа, исключение: дети до 7 лет или наличие опции «общий массаж» в Программе страхования;
  - профилактический массаж;
  - массажа, проводимого в один курс, более чем для одной зоны;
- 35) предоставлением услуг психотерапевта, диетолога, генетика, логопеда;

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 13 из 35</b>

36) с любыми расходами на пластические операции, косметологическую диагностику/лечение и любыми другими видами диагностики/лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных аномалий (включая любую ринопластику), хирургическим изменением пола, коррекцией веса/фигуры, диагностикой и лечением ожирения/дистрофии.

37) медицинскими расходами при прохождении медицинских комиссий (медицинского обследования) для поступления на учебу, в детские дошкольные/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;

38) нетрадиционными методами диагностики и лечения: иридодиагностика, аурикуло- и акупунктурная, термопунктурная, электропунктурная пульсовая диагностика, энергоинформатика, водные процедуры, сухая и подводная вытяжки, сухой подводный душ-массаж, грязелечение, соляная шахта (спелеотерапия), вакуумная терапия, мануальная терапия, траволечение, лечение в барокамере, флотинг-ванны, жемчужные ванны, гирудотерапия, исследование по Фоллю, ИФС, биорезонансная терапия, иглорефлексотерапия, магнитотерапия, любые виды лазерной терапии, озонотерапии (например: ванны ион-азон), гипербарическая и нормобарическая оксигенотерапия, гипокситерапия, гомеопатия, методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны, трудотерапия, ароматерапия, цветотерапия, аюрведа, кишечное орошение, биомеханическое вытяжение и т.д.;

39) расходами, связанными с оформлением санаторно-курортных книжек; с проездом, проживанием, питанием в санаторно-курортных учреждениях;

**4.7. Страховщик не осуществляет страховую выплату (Застрахованному не предоставляются медицинские услуги) в случаях:**

1) если Страхователь (Застрахованный) передал медицинскую пластиковую карточку третьим лицам, не являющимся Застрахованными по Договору, с целью получения последними медицинского обслуживания;

2) получения Застрахованным медицинских услуг в медицинских организациях или у медицинских работников, не указанных в Списке Страховщика, в случаях, не оговоренных в п.п. 11.1.18 или п.п. 11.1.19 настоящих Правил;

3) если Застрахованным были получены медицинские услуги, оговоренные в п.п. 11.1.18 или п.п. 11.1.19 настоящих Правил, но не предоставлены подтверждающие документы, указанные в п.п. 12.1. настоящих Правил;

4) не предусмотренных Правилами, Договором или Программой страхования;

5) получения Застрахованным медицинских услуг до начала/после прекращения действия страховой защиты в отношении Застрахованного;

6) получения медицинских услуг в соматическом отделении Центральной клинической больницы Министерства здравоохранения Управления делами Президента Республики Казахстан в г. Алматы, если дополнительным соглашением сторон не предусмотрено иное;

7) выбора Застрахованным при госпитализации палат VIP и/или ЛЮКС уровня, если это не предусмотрено Программой страхования Застрахованного;

8) когда Застрахованным, находящимся на стационарном лечении, не выполнялись предписания лечащего врача, а также нарушение Застрахованным либо иным представителем (сотрудником) Страхователя определенного больничного режима, внутренних норм и правил медицинской организации, общепринятых норм и правил поведения в общественных местах, местах общего пользования, общепризнанных норм морали и/или нравственности, наличия фактов оскорбления медицинского персонала либо

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 14 из 35</b>

иногo грубогo, агрессивного поведения, включая, но не ограничиваясь, в отношении медицинских работников и/или третьих лиц.

9) в случае осуществления Застрахованным трудовых функций:

- вопреки указаниям лечащего врача;
- в последние два месяца беременности Застрахованной;
- при направлении Застрахованного на стационарное лечение (госпитализацию);
- в период стационарного лечения (госпитализации) Застрахованного;
- после определения у Застрахованного неизлечимого прогрессирующего заболевания, приводящего к летальному исходу последнего.

10) отказа Застрахованного от получения назначенного лечения либо осуществления действий, препятствующих проведению лечения и оказанию иных связанных с этим услуг, включая неявку Застрахованного для получения медицинских услуг/процедур.

**4.8.** Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты (Застрахованному не предоставляются медицинские услуги), если страховой случай наступил (получение медицинских услуг возникло) вследствие:

- 1) умышленного причинения Застрахованным телесных повреждений самому себе, в том числе покушение на самоубийство;
- 2) умышленных действий Страхователя/Застрахованного, направленных на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны или крайней необходимости;
- 3) действий Страхователя (Застрахованного), признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;
- 4) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 5) гражданской войны, народных волнений всякого рода, массовых беспорядков или забастовок; военных действий, актов терроризма.

**4.9.** Основанием для отказа Страховщика от осуществления страховой выплаты может быть также следующее:

- 1) сообщение Страхователем/Застрахованным Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске;
- 2) воспрепятствование Страхователем/Застрахованным Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая и в установлении размера причиненного убытка.

**4.10.** Страхованием не покрываются затраты на следующие лекарственные средства и медицинскую технику:

- 1) ремонт и покупку медицинской и корректирующей техники (очки, оправы, линзы, костыли, слуховые аппараты, протезы, ортопедическая обувь, инвалидные коляски, бандажи и др.);
- 2) не медикаментозные средства медицинского, гигиенического и/или профилактического назначения (защитные маски, кварцевые лампы, ионизаторы, ингаляторы, лечебные пояса, грелки, гигиенические пеленки, памперсы, матрасы от пролежней, биотуалеты и т.д.)
- 3) контрацептивные препараты и средства (кроме тех случаев, когда они назначаются по лечебным показаниям);
- 4) антидепрессанты;

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 15 из 35
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>		

- 5) поливитамины (кроме витаминов для внутривенного и внутримышечного применения);
- 6) противотуберкулезные препараты при лечении туберкулеза;
- 7) хондропротекторы;
- 8) пробиотики;
- 9) стоимость контрастного вещества при диагностических обследованиях любыми методами магнитно-резонансной томографии (МРТ, ЯМРТ);
- 10) биологические активные добавки (БАДы), биологические стимуляторы и гомеопатические препараты; иммуномодуляторы; иммуностимуляторы; гепатопротекторы;
- 11) гормональные препараты (исключение: оказание экстренной помощи), анорексантные средства, косметические средства;
- 12) лекарственные средства, не зарегистрированные на территории Республики Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством как лекарственные средства, а также медицинские расходы, связанные с лечением осложнений, вызванных применением таких лекарственных средств.

**4.11.** Оказание медицинских услуг, лечение отдельных заболеваний и предоставление отдельных лекарственных средств, перечисленных в п.п. 4.6; 4.10 п. 4 настоящих Правил, может быть включено в Программу страхования Застрахованного на особых условиях, согласованных со Страховщиком.

**4.12.** Если страховая выплата уже была осуществлена (Застрахованному предоставлены медицинские услуги) по основаниям, по которым пунктом 4 Правил предусмотрен отказ в страховой выплате/ограничения страхования, Страхователь/Застрахованный обязаны возместить Страховщику, через семейного врача и/или Медицинский ассистанс, расходы на такие услуги в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения требования об оплате. В случае, если Страхователь/Застрахованный не возместил указанные расходы в установленный срок, Страховщик вправе заблокировать действие медицинской пластиковой карточки Застрахованного, в отношении которого еще не истек срок действия страховой защиты (приостановить медицинское обслуживание Застрахованного) до момента полного возмещения Страховщику таких расходов. При этом при возобновлении медицинского обслуживания срок действия страховой защиты не продлевается на период приостановления.

**4.13.** Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в суде.

## **5. Порядок заключения Договора**

**5.1.** Договор заключается без предварительного диагностико-профилактического обследования Застрахованных.

**5.2.** До заключения Договора, Страхователь (Застрахованный) лицо, в пользу которого заключается Договор, по требованию Страховщика заполняет анкету-заявление о состоянии здоровья.

**5.3.** Для оформления Договора Страховщиком у Страхователя (Застрахованных) могут быть затребованы дополнительная информация, характеризующая страховой риск.

**5.4.** При заключении Договора Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 16 из 35</b>

**5.5.** Договор заключается в письменной форме путем подписания его обеими сторонами.

**5.6.** По Договору Страхователь обязуется уплатить страховую премию, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать и обеспечить оказание Застрахованным медицинских услуг медицинскими учреждениями или врачами из списка Страховщика, путем оплаты медицинским учреждениям медицинских расходов, по оказанным медицинским услугам Застрахованному, предусмотренным Договором.

**5.7.** Договор должен содержать:

- 1) наименование, место нахождения, телефон и банковские реквизиты Страховщика;
- 2) фамилия, имя, отчество (при его наличии) и место жительства Страхователя (если им является физическое лицо) или наименование, место нахождения и банковские реквизиты (если им является юридическое лицо);
- 3) указание объекта страхования;
- 4) наименование Программы;
- 5) указание страхового случая;
- 6) размер страховой суммы, порядок и сроки осуществления страховой выплаты;
- 7) размер страховой премии, порядок и сроки ее уплаты;
- 8) дату заключения и срок действия Договора;
- 9) указание о Застрахованном и Выгодоприобретателе, если они являются участниками страхового отношения;
- 10) количество застрахованных лиц;
- 11) номер, серию Договора;
- 12) случаи и порядок внесения изменений в условия Договора.

**5.8.** При заключении Договора Застрахованный освобождает врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

**5.9.** В период действия Договора Страхователь имеет право заменить Застрахованного путем предоставления Страховщику письменного заявления об этом. Изменения в Списке Застрахованных оформляются путем заключения дополнительного соглашения к Договору.

**5.10.** В случае если Застрахованный, исключаемый из Списка Застрахованных, не воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и/или медицинскими учреждениями из Списка Страховщика, страховая сумма на Застрахованного не меняется.

**5.11.** В случае если Застрахованный, исключаемый из Списка Застрахованных, воспользовался медицинскими услугами, предоставляемыми врачами и/или медицинскими учреждениями из Списка Страховщика, страховая сумма на Застрахованного уменьшается на сумму фактически оказанных ему медицинских услуг.

## **6. Страховая сумма**

**6.1.** Страховая сумма устанавливается в соответствии с утвержденными Страховщиком Программами страхования.

**6.2.** Договором могут устанавливаться общая страховая сумма и дополнительно лимиты ответственности по отдельным видам/категориям услуг в соответствии с Программой страхования.

**6.3.** В случае включения нового сотрудника (Застрахованного) в Список Застрахованных в период действия Договора на срок менее 12 (двенадцати) месяцев устанавливаются



	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 17 из 35
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>		

следующие размеры общей страховой суммы на одного Застрахованного и все лимиты по видам/категориям обслуживания по выбранной Программе страхования:

Срок страхования (количество месяцев обслуживания прикрепляемого Застрахованного)	Размер общей страховой суммы на одного Застрахованного и все лимиты по видам/категориям обслуживания по выбранной Программе страхования (в процентах от годовых размеров общей страховой суммы на одного Застрахованного или соответствующих лимитов по видам/категориям обслуживания по соответствующей Программе страхования)
до 3 месяцев включительно	40 %
от 3 до 4 месяцев включительно	50 %
от 4 до 5 месяцев включительно	60 %
от 5 до 6 месяцев включительно	70 %
от 6 до 7 месяцев включительно	80 %
от 7 до 8 месяцев включительно	85 %
от 8 до 9 месяцев включительно	90 %
от 9 до 10 месяцев включительно	95 %
свыше 10 месяцев	100 %

## 7. Страховая премия

**7.1.** Размер страховой премии рассчитывается Страховщиком в зависимости от выбранной Программы страхования и размера страховой суммы.

**7.2.** Размер страховой премии может быть изменен в связи с изменениями срока страхования и факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.

**7.3.** Страховая премия может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или уплачиваться в рассрочку. Порядок уплаты страховой премии определяется Договором.

**7.4.** Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами и безналичным платежом или иным способом по согласованию сторон.

**7.5.** При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменении ее стоимости, размер страховой премии и страховой суммы в рамках Программы может быть изменен по соглашению сторон.

## 8. Срок и место действия Договора

**8.1.** Договор вступает в действие и становится обязательным для сторон с момента уплаты Страхователем страховой премии, а при уплате ее в рассрочку – первого страхового взноса, если Договором не предусмотрено иное.

**8.2.** Договор может быть заключен на любой срок.

	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 18 из 35
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>		

При страховании на срок менее 1 года, страховая премия рассчитывается в процентах от размера годовой страховой премии, при этом неполный месяц считается как полный:

Срок страхования	в % от общей годовой страховой премии
до 3 месяцев включительно	40 %
от 3 до 4 месяцев включительно	50 %
от 4 до 5 месяцев включительно	60 %
от 5 до 6 месяцев включительно	70 %
от 6 до 7 месяцев включительно	80 %
от 7 до 8 месяцев включительно	85 %
от 8 до 9 месяцев включительно	90 %
от 9 до 10 месяцев включительно	95 %
свыше 10 месяцев	100 %

**8.3.** Период действия страховой защиты совпадает со сроком действия Договора, если условиями Договора не предусмотрено иное.

**8.4.** В соответствии с Правилами территория страхования ограничивается исключительно территорией, указанной в Договоре.

## **9. Права и обязанности сторон**

### **9.1 Страховщик вправе:**

- 1) проверять предоставленную Страхователем (Застрахованным) информацию и документы, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора;
- 2) при получении уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска;
- 3) потребовать расторжения Договора в отношении Застрахованного, без пересмотра страховой премии по настоящему Договору, если:
  - при заполнении индивидуального заявления - анкеты по форме (приложение №1/2 к Договору), Застрахованный предоставил Страховщику недостоверные сведения о состоянии здоровья;
  - Страхователь/Застрахованный не сообщил Страховщику о наличии/возникновении/изменении обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска;
  - если Страхователь/Застрахованный возражает против изменения условий Договора или доплаты страховой премии соразмерно увеличению степени риска;
  - Застрахованный передал пластиковую карту третьим лицам, не являющимися Застрахованными по Договору, с целью получения медицинских услуг.
- 4) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, в том числе запрашивать у соответствующих государственных органов и организаций, исходя из их компетенции, документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и размер причиненного ущерба;

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 19 из 35</b>

- 5) требовать от Страхователя (Застрахованного) информацию, необходимую для установления факта страхового случая, обстоятельств его наступления;
- 6) отказать в осуществлении страховой выплаты полностью или частично по основаниям, предусмотренным настоящим Договором;
- 7) вносить изменения в Список медицинских организаций и врачей к Договору, при условии письменного уведомления Страхователя в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента изменения;
- 8) совершать иные действия, не противоречащие Договору и законодательству Республики Казахстан.

### **9.2 Страховщик обязан:**

- 1) обеспечить тайну страхования в соответствии со статьями 828 и 830 ГК РК;
- 2) в течение 5 (пяти) рабочих дней, после уплаты Страхователем страховой премии, выдать Страхователю, либо Застрахованному медицинскую пластиковую карточку;
- 3) ознакомить Застрахованных с условиями страхования путем проведения одной ознакомительной лекции при условии предоставления со стороны Страхователя помещения и предварительного согласования со Страховщиком времени проведения, не позднее, чем за 5 (пять) рабочих дней до даты лекции;
- 4) обеспечить оказание Застрахованному медицинских и иных услуг в соответствии с условиями настоящего Договора и Программой страхования;
- 5) вести учет количества обращений Застрахованных в медицинские организации, стоматологии, аптеки и учет произведенных страховых выплат и их размеров;
- 6) осуществить страховую выплату или направить Страхователю/ Застрахованному письменный мотивированный отказ в осуществлении страховой выплаты в течение 20 (двадцати) рабочих дней с даты предоставления Застрахованным всех необходимых документов, согласно п.12.1. пункта 12 настоящих Правил;
- 7) в случае непредставления Страхователем/Застрахованным/ Выгодоприобретателем документов, предусмотренных подпунктом 12.1 пункта 12 настоящих Правил страхования, незамедлительно, но не позднее 10 (десяти) рабочих дней, письменно уведомить Выгодоприобретателя о недостающих документах;
- 8) совершать другие действия, предусмотренные Договором или действующим законодательством Республики Казахстан.

### **9.3. Страхователь вправе:**

- 1) требовать от Страховщика разъяснения условий страхования на случай болезни, своих прав и обязанностей по настоящему Договору, прав и обязанностей Застрахованного;
- 2) требовать предоставления Ассистансом Застрахованному медицинских услуг, определенных в Договоре, в соответствии с Программами страхования и в порядке, определенном Договором. В случае непредставления таких медицинских услуг Страхователь должен немедленно известить об этом Страховщика;
- 3) запрашивать у Страховщика изменения в Списке медицинских организаций и врачей к Договору;
- 4) вносить изменения и дополнения в Список Застрахованных, в соответствии с условиями настоящего Договора;

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 20 из 35</b>

- 5) оспорить отказ Страховщика в осуществлении страховой выплаты или его решение об отсрочке в осуществлении страховой выплаты в судебном порядке;
- 6) досрочно прекратить Договор в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан и настоящим Договором;
- 7) совершать иные действия, не противоречащие Договору и законодательству Республики Казахстан.

#### **9.4. Страхователь обязан:**

- 1) уплачивать страховые премии в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором;
- 2) предоставить Страховщику контактные данные (Ф.И.О., наименование должности, телефон, электронный адрес) ответственных лиц Страхователя для получения каких-либо подтверждений и/или любой другой информации, необходимой Страховщику для оказания услуг, предусмотренных настоящим Договором, и/или проверки обращений Застрахованных;
- 3) до заключения настоящего Договора сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;
- 4) незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней, сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
- 5) при увеличении степени риска, внести изменения в Договор и/или уплатить дополнительную страховую премию в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения Страхователем уведомления Страховщика об изменении Договора и/или доплате страховой премии;
- 6) при увольнении Застрахованного или исключении его из списка Застрахованных изъять у него медицинские пластиковые карточки, выданные ему и членам его семьи, не позднее даты увольнения;
- 7) передать Страховщику медицинские пластиковые карточки исключенных из списка Застрахованных (уволненных/уволившихся) сотрудников и членов их семей, являвшихся Застрахованными, незамедлительно, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты увольнения сотрудника. В случае невозврата медицинской пластиковой карточки исключенного из Списка Застрахованного, страховая премия за данного Застрахованного не возвращается;
- 8) обеспечить возмещение соответствующих сумм Застрахованным Страховщику в предусмотренных настоящим Договором случаях, путем удержания из сумм, причитающихся сотруднику от Страхователя, или любыми другими возможными способами, не противоречащими законодательству Республики Казахстан;
- 9) незамедлительно, но не позднее 1 (одного) рабочего дня, уведомить Страховщика любым способом об утере/уничтожении медицинской пластиковой карточки и в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты утери/уничтожения предоставить Страховщику объяснительную Застрахованного (с указанием даты и обстоятельств утери/уничтожения), а также, по возможности, остатки карточки;
- 10) для получения новой медицинской пластиковой карточки взамен утраченной/уничтоженной возместить Страховщику стоимость ее изготовления, путем

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 21 из 35</b>

перечисления на банковский счет или внесения в кассу Страховщика ее стоимости в размере 500 (пятьсот) тенге в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты подачи соответствующего заявления;

11) совершать иные действия, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

#### **9.5. Застрахованный имеет право:**

1) на получение медицинских и/или иных услуг в составе и объеме, предусмотренных Программой страхования и условиями Договора;

2) на получение информации о Программе страхования, лимитах, об изменениях в Списке медицинских организаций и врачей к Договору;

3) совершать иные действия, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

#### **9.6. Застрахованный обязан:**

1) при любом обращении за медицинскими услугами к семейному врачу, в медицинские организации или к врачам из Списка Страховщика, предъявить медицинскую пластиковую карточку и документ, удостоверяющий личность;

2) при получении любых медицинских услуг, подтвердить факт получения медицинских услуг своей подписью на бланке направления, рецептурном бланке (при получении лекарственных средств), заказ-наряде (при получении услуг по стоматологии), калькуляционном листе (при стационарном лечении);

3) при стационарном лечении подписывать регламент покрытия стационарного лечения;

4) соблюдать условия Договора, предписания лечащего врача, полученные в ходе лечения Заболевания, а также режим и распорядок стационара в случае госпитализации. Невыполнение данного обязательства может послужить основанием для отказа в Страховой выплате по страховым случаям, явившимся следствием нарушения таких предписаний, режима и распорядка;

5) в случае самостоятельной госпитализации по экстренным показаниям Застрахованный, либо его представитель, оплачивают госпитализацию самостоятельно, с последующим предоставлением подтверждающих документов указанных в п.п. 12.1 настоящих Правил;

6) заботиться о сохранности медицинской пластиковой карточки, и не передавать ее третьим лицам с целью получения третьими лицами Медицинских услуг;

7) предоставлять Страховщику самостоятельно, либо через Страхователя, всю имеющуюся информацию и документы, позволяющие судить о причинах, ходе и последствиях страхового случая, характере и размерах понесенных расходов;

8) по запросу Страховщика заполнить индивидуальное заявление - анкету по форме Приложения № 1/2 к Договору и/или пройти медицинское обследование, назначенное Страховщиком, а так же в период действия Договора незамедлительно, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней уведомить Страховщика о возникновении обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска;

9) совершать иные действия, предусмотренные Договором и законодательством Республики Казахстан.

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 22 из 35
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>		

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

## 10. Последствия увеличения страхового риска в период действия Договора

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

10.2. Значительными изменениями во всяком случае признаются выявления у Застрахованного какого-либо заболевания, включенного в список исключений из страховых случаев, предусмотренных пунктом 4.2 Правил.

10.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

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

10.5. При невыполнении Страхователем или Застрахованным предусмотренной в пункте 10.1. обязанности, Страховщик вправе потребовать прекращения действия Договора и возмещения убытков, причиненных данным прекращением.

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

## 11. Действия Страхователя/Застрахованного при наступлении страхового случая

11.1. Страховщик выполняет свои обязательства по Договору путем организации и предоставления Застрахованному медицинских услуг посредством Медицинского ассистанса. Медицинские услуги Застрахованным оказываются непосредственно Медицинским ассистансом, либо по решению/направлению Медицинского ассистанса в медицинских организациях, входящих в список Страховщика.

**1. При любом обращении в круглосуточную диспетчерскую службу** Страхователь/Застрахованный должен сообщить следующую информацию:

- Наименование Страховой компании
- Наименование Страхователя, номер Договора
- Номер медицинской пластиковой карточки
- Фамилию Имя Отчество

**2. При обращении Страхователя/Застрахованного за медицинскими услугами** к семейному врачу, в медицинские организации или к врачам из Списка Страховщика Страхователь/Застрахованный обязан предъявить медицинскую пластиковую карточку и документ, удостоверяющий личность.

**Исключение:** до момента получения медицинской пластиковой карточки Застрахованным, основанием для предоставления медицинских услуг, является предъявление семейному врачу/врачу из Списка Страховщика удостоверения

	Экземпляр № 1	Издание 1
ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 23 из 35

личности и устное сообщение номера настоящего Договора и наименования Страхователя.

**4. Виды и объем лечения,** диагностических исследований и необходимых лекарственных средств, решение о госпитализации – определяется/принимается семейным врачом и/или врачом специалистом, на основании и в соответствии с Программой страхования Застрахованного .

**5. При получении любых медицинских услуг Страхователь/Застрахованный обязан** своей подписью на бланке направления, рецептурном бланке (при получении лекарственных средств), заказ-наряде (при получении услуг по стоматологии), калькуляционном листе, регламенте покрытия (при стационарном лечении), подтвердить факт получения им медицинских услуг;

**6. Медицинское обслуживание детей** осуществляется только в амбулаторно-поликлиническом режиме.

**7. Для получения справочной информации** по работе врачей – специалистов (график работы, адрес и телефон медицинских организаций), информации по страховой программе, лимитам и расходам, Страхователь/Застрахованный должен обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу по телефонам, указанным на его медицинской пластиковой карточке.

**8. Для получения услуг скорой медицинской помощи:**

1. Застрахованный должен вызвать скорую медицинскую помощь через круглосуточную диспетчерскую службу Медицинского ассистанса по телефону, указанному на медицинской пластиковой карточке;

2. В случае, если Застрахованному, по решению врача, необходима стационарная медицинская помощь, он подлежит госпитализации в медицинскую организацию, входящую в список Страховщика;

3. В случае если, Застрахованному по решению врача, необходима экстренная медицинская помощь на дому, врач предоставляет ее и передает информацию о состоянии Застрахованного Семейному врачу для дальнейшей организации и контроля тактики лечения Застрахованного;

**9. Вызов семейного врача (терапевта/педиатра) на дом/рабочее место:**

1. При возникновении у Застрахованного угрожающих для жизни состояний, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства:

- выраженный болевой симптом, травматические поражения, шоковые состояния;
- высокая температура тела (выше 39 градусов С), судороги;
- потеря сознания, удушье;
- симптомы изменения артериального давления;
- кровотечения;

• другие состояния, когда, с точки зрения врача, Застрахованный не может обратиться в поликлинику самостоятельно.

2. Застрахованный должен вызывать через круглосуточную диспетчерскую службу семейного врача на дом или на рабочее место в период с 9.00 до 18.00 местного времени в рабочие дни недели, в иное время - дежурных врачей Медицинского ассистанса.

3. Семейный врач обязан явиться на дом/рабочее место к Застрахованному в день поступления вызова.

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 24 из 35

4. Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого назначает лечение Застрахованному. В компетенцию семейного врача входит выдача направления на посещение узкого врача–специалиста, направления на лабораторно-инструментальные методы исследования, направления на госпитализацию, выписка рецептов на лекарственные препараты на фирменных рецептурных бланках.

**10. Для получения амбулаторно-поликлинических услуг по экстренным показаниям:**

1. Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Страховщика, в установленные часы приёма. В не рабочее время и выходные дни, Застрахованный должен вызвать скорую медицинскую помощь через круглосуточную диспетчерскую службу Медицинского ассистанса по телефону, указанному на медицинской пластиковой карточке.

2. Семейный врач осуществляет первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра, семейный врач самостоятельно устанавливает Застрахованному диагноз и осуществляет комплекс мероприятий необходимых для устранения угрожающих жизни и здоровью состояний, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства, либо может направить Застрахованного (т.е. выписать направление на фирменном бланке Медицинского ассистанса) в медицинские организации или к врачам из Списка Страховщика для получения следующих медицинских услуг в экстренном порядке:

- первичную консультацию врача специалиста;
- однократное проведение лабораторно-инструментальных исследований, а именно: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), УЗИ диагностика, ЭКГ диагностика, рентген диагностика;
- проведение лечебных мероприятий/манипуляций, необходимых для устранения угрожающих жизни и здоровью состояний, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства.

3. В случае если объем оказываемых мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях недостаточный для устранения угрожающих жизни и здоровью экстренных состояний, Застрахованного госпитализируют в экстренном порядке по направлению семейного врача в соответствующую медицинскую организацию из списка Страховщика.

4. В случае положительного эффекта проводимых лечебных мероприятий/манипуляций, семейный врач открывает Застрахованному лист временной нетрудоспособности (справку о временной нетрудоспособности).

5. Повторные консультации семейных врачей, врачей специалистов и дальнейшие необходимые лабораторно-диагностические исследования, связанные с выяснением причины возникновения экстренного состояния, лечением его последствий, а также продление/закрытие листа временной нетрудоспособности, предоставляются Застрахованному по категории амбулаторно-поликлиническая помощь по лечебным показаниям. При отсутствие данной категории в программе страхования, Застрахованный оплачивает эти услуги самостоятельно.

**11. Для получения амбулаторно-поликлинических услуг по лечебным показаниям:**



	Экземпляр № 1	Издание 1
ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 25 из 35

1. Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Страховщика, в установленные часы приёма или в круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса, для записи на прием к семейному врачу.

2. Семейный врач организует предоставление медицинских услуг Застрахованному в порядке и объемах, предусмотренных Программой страхования Застрахованного.

3. Семейный врач осуществляет первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра Семейный врач либо назначает лечение самостоятельно или в случае необходимости направляет Застрахованного (т.е. выписывает направление на фирменном бланке Медицинского ассистанса) в медицинские организации или к врачам из Списка Страховщика для получения следующих медицинских услуг:

- консультации врачей специалистов;
- проведение лабораторно-инструментальных исследований;
- проведение лечебных мероприятий/манипуляций;
- госпитализация;
- получение лекарственных средств.

4. Застрахованный должен извещать семейного врача о результатах посещения медицинских организаций и врачей и предоставлять копии заключений, направлений, результатов исследований и иных документов, составленных при получении Застрахованным медицинских услуг.

5. Все результаты посещений фиксируются семейным врачом в амбулаторной карте Застрахованного и на основании этих сведений семейный врач выписывает Застрахованному:

- направление на получение назначенных медицинских услуг (процедуры, манипуляции и т.д.);
- рецепт, являющийся основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами;

6. Получение медицинских услуг/лекарственных средств, назначенных узким специалистом (исследования, приобретение лекарственных средств и т.д.), а также повторный приём узкого специалиста, осуществляется Застрахованным только после получения направления/рецепта семейного врача.

7. Семейный врач обязан обеспечить выдачу листков временной нетрудоспособности (справки о временной нетрудоспособности) врачами и/или медицинскими организациями из Списка Страховщика, которые в соответствии с законодательством РК, вправе выдавать данные документы.

## **12. Предоставление услуг лабораторно-инструментальных исследований:**

1. Предоставление услуг лабораторно-инструментальных исследований, осуществляется при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.

2. Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Страховщика, в установленные часы приёма или в круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса, для записи на прием к семейному врачу.

3. Семейный врач на основании данных первичного осмотра и/или результатов осмотра врачей специалистов, выписывает Застрахованному направление в организации из списка Страховщика на необходимые лабораторно-инструментальные исследования.

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 26 из 35

4. Основанием для прохождения Застрахованным лабораторно-инструментальных исследований является направление на фирменном бланке Медицинского ассистанса, выписанное семейным врачом.

5. Застрахованный обязан предоставить семейному врачу результаты исследований. Предоставленные результаты фиксируются семейным врачом в амбулаторной карте Застрахованного.

### **13. Предоставление лекарственных средств:**

1. Предоставление лекарственных средств, осуществляется только при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и строго в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.

2. Основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами является рецепт на фирменном бланке Медицинского ассистанса, выданный семейным врачом.

3. Рецепт предъявляется Застрахованным в аптеку Медицинского ассистанса, а в случае отсутствия в аптеке Медицинского ассистанса необходимых лекарственных средств, в одну из аптек входящих в список Страховщика

4. В экстренных случаях Застрахованный имеет право самостоятельно приобрести лекарственные препараты по рецепту семейного врача в любой аптеке в пределах собственного лимита по медикаментам. При этом он обязан сохранить соответствующий документ (рецепт или копию назначения из амбулаторной карты), а также документ, подтверждающий факт приобретения лекарственных средств (оригиналы фискального кассового чека и товарного чека, с указанием выданных медикаментов и печатью организации), которые подлежат предъявлению семейному врачу для компенсации произведенных расходов.

5. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным в случае, указанном в пункте 13.4. настоящей статьи, производится Медицинским ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами, в срок не позднее 20 (двадцати) рабочих дней со дня предъявления Застрахованным в Медицинский ассистанс (семейному врачу или региональному представителю ассистанса) всех подтверждающих документов.

### **14. Предоставление услуг по стоматологии:**

1. Предоставление услуг по стоматологии осуществляется при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.

2. Для получения стоматологической помощи Застрахованный имеет право обратиться в любую стоматологическую клинику, входящую в список Страховщика, как самостоятельно, так и через круглосуточную диспетчерскую службу/семейного врача.

3. При первом обращении к узкому специалисту-стоматологу на Застрахованного оформляется медицинская карта, а также зубная формула.

4. Обращение Застрахованного в стоматологическую клинику, не входящую в список Страховщика возможно только в экстренных случаях – при острой зубной боли. При этом Застрахованный обязан сохранить соответствующий документ, подтверждающий факт обращения (оригинал фискального кассового чека, акт выполненных работ (заказ-наряд) с печатью организации), которые подлежат предъявлению семейному врачу для возмещения. Возмещение в данном случае осуществляется в размере не более 60% от

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 27 из 35

суммы понесенных расходов, но не превышая действующего лимита по данной категории Программы страхования.

### **15. Предоставление услуг стационарного лечения (госпитализация):**

Объем и качество услуг стационарного лечения контролируется семейным врачом Медицинского ассистанса.

#### **1) госпитализация по экстренным показаниям**

1.1. Осуществляется:

- по направлению врача скорой медицинской помощи Медицинского ассистанса или семейного/доверенного врача из Списка Страховщика;
  - бригадой государственной службы **скорой помощи**;
  - **самостоятельно - при отсутствии объективной возможности** получить направление, Застрахованный имеет право на экстренную госпитализацию в соответствии с п.п. 11.1.18 настоящих Правил.

1.2. Застрахованного госпитализируют в отделение экстренной помощи.

1.3. После оказания экстренной помощи Застрахованного могут перевести для дальнейшего лечения в другие отделения этого же медицинского учреждения, либо другое медицинское учреждение по рекомендации сотрудников Медицинского ассистанса.

1.4. В случае самостоятельной госпитализации по экстренным показаниям Застрахованный, либо его представитель, оплачивают госпитализацию самостоятельно, с последующим предоставлением подтверждающих документов указанных в п.п. 12.1 настоящих Правил. Страховщик возмещает расходы в размере не более 60% от понесенных расходов, но не превышая действующего лимита по данной категории Программы страхования.

#### **2) госпитализация по плановым показаниям**

2.1. Застрахованный должен обратиться к семейному врачу или к доверенным врачам из Списка Страховщика по номеру телефона, указанному на медицинской пластиковой карточке.

2.2. Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого он выдает Застрахованному направление на госпитализацию в случае, если вопрос о необходимости госпитализации может быть решен семейным врачом самостоятельно, либо направляет Застрахованного к врачу – специалисту, для решения вопроса о необходимости госпитализации.

2.3. Врач–специалист, проводит обследование Застрахованного, при необходимости госпитализации выдает Застрахованному заключение с соответствующей рекомендацией или делает запись в амбулаторной карте Застрахованного.

2.4. Согласно заключению от врача-специалиста семейный врач выписывает на фирменном бланке Медицинского ассистанса направление на госпитализацию Застрахованного в медицинскую организацию, входящую в список Страховщика.

2.5. Необходимость и решение об осуществлении плановой госпитализации, а также все вопросы, связанные с плановой госпитализацией Застрахованного в стационар, решаются семейным врачом Медицинского ассистанса.

2.6. Страховщик покрывает расходы, связанные с лечением заболевания, послужившего непосредственной причиной госпитализации.

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 28 из 35
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>		

#### **16. Предоставление услуг вакцинации:**

1. Предоставление услуг по вакцинации осуществляется при наличии данной категории покрытия в Программе страхования Застрахованного.
2. Вакцинация от гриппа осуществляется согласно эпидемиологической ситуации в регионе. Выбор вакцины осуществляется специалистами Медицинского ассистанса.
3. По запросу Медицинского ассистанса ответственное лицо Страхователя предоставляет в электронном виде или на бумажном носителе списки Застрахованных лиц, подлежащих вакцинации.
4. Дата и место проведения вакцинации дополнительно согласовывается между представителем Медицинского ассистанса и официальным представителем Страхователя.
5. При единовременном вакцинировании более 15 (пятнадцати) Застрахованных, находящихся по одному адресу, возможно проведение вакцинации в офисе.

#### **17. Проведение обязательного медицинского осмотра согласно приказу МЗ РК.**

1. Предоставление услуг обязательного медицинского осмотра, осуществляется только при наличии данной категории покрытия в Программе страхования Застрахованного.
2. Официальный представитель Страхователя должен предоставить в государственные органы санитарно-эпидемиологической службы (ГоСЭС) списки лиц, подлежащих обязательному медицинскому осмотру, согласно форме утвержденной ГоСЭС.
3. ГоСЭС согласовывают списки, определяют и утверждают перечень необходимых врачей-специалистов, вид и объем лабораторных и других исследований с учетом специфики действующих производственных факторов Страхователя.
4. Списки лиц, подлежащих медицинскому осмотру с указанием перечня врачей-специалистов, вида и объема лабораторных и других исследований, должны быть подписаны и утверждены ГоСЭС и Страхователем.
5. Официальный представитель Страхователя передает представителю Медицинского ассистанса на бумажном носителе оригиналы утвержденных списков Застрахованных лиц, подлежащих обязательному медицинскому осмотру.
6. Дата и место проведения медицинского осмотра согласовывается между представителем Медицинского ассистанса и официальным представителем Страхователя в индивидуальном порядке, но запрос делается не позднее, чем за три рабочих дня, до предполагаемой даты проведения медицинского осмотра.
7. По результатам проведения обязательного медицинского осмотра оформляется Заключительный акт, который передается официальному представителю Страхователя в оригинале на бумажном носителе.

#### **18. Допускается получение медицинских услуг в медицинских организациях у врачей из Списка Страховщика без направления семейного врача.**

1. Если из документов, предоставленных медицинскими организациями, будет установлено, что Застрахованный не имел объективной возможности обратиться к семейному врачу для получения направления:
  - а) по состоянию здоровья (например: необходимость экстренной помощи (исключение госпитализации));

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 29 из 35

б) по территориальной удаленности (например: отсутствие в населенном пункте семейного врача/медицинского координатора).

2. В течение 24-часов с момента обращения за медицинской услугой без направления семейного врача Застрахованный обязан уведомить круглосуточную диспетчерскую службу Ассистанса, с целью получения направления от семейного врача.

3. В случае несвоевременного уведомления Застрахованным круглосуточной диспетчерской службы Ассистанса, т.е. позднее 24 часов с момента обращения за медицинской услугой, Застрахованный и/или родственники Застрахованного, должен(ы) уведомить об этом Медицинский ассистанс в письменной форме не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты начала получения Застрахованным медицинских услуг. Полученные медицинские услуги Застрахованный оплачивает самостоятельно.

4. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным в случае, указанном в пункте 18.3. настоящей статьи, производится Медицинским ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами. Возмещение в данном случае осуществляется в размере:

- не более 60% от понесенных расходов, но не превышая действующего лимита по данной категории Программы страхования;

#### **19. Допускается обращение Застрахованного в медицинские организации, не указанные в Списке Страховщика:**

1. По направлению семейного врача при объективной невозможности получения Застрахованным медицинских услуг в медицинских организациях или у врачей из Списка Страховщика (отсутствие необходимых специалистов, аппаратуры и т.д.) по согласованию с круглосуточной диспетчерской службой медицинского Ассистанса. Полученные медицинские услуги Застрахованный оплачивает самостоятельно.

2. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным в случае, указанном в пункте 19.1. настоящей статьи, производится Медицинским ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного или выдается ему наличными деньгами. Возмещение в данном случае осуществляется в размере 100 % понесенных расходов, но не более лимита установленного Программой страхования.

#### **12. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков**

**12.1.** Документами, подтверждающими факт наступления страхового случая и размера убытков, являются:

1. оригиналы: сигнальный лист службы скорой помощи; медицинское заключение, выписка из медицинской карты стационарного/амбулаторного больного, калькуляционный лист, заказ-наряд по стоматологии, рецепт, подтверждающие получение Застрахованным медицинских услуг, объективную невозможность получения медицинских услуг в медицинских организациях или у врачей из Списка Страховщика;

2. оригиналы фискальных чеков и товарных чеков (счетов-фактур, квитанций об оплате) с указанием наименования каждого лекарственного средства, процедур, приемов медицинских работников, их количества и стоимости.

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	<p>Экземпляр № 1</p>	<p>Издание 1</p>
<p>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</p>	<p>Введено в действие 15 апреля 2016г.</p>	<p>стр. 30 из 35</p>

3. копию удостоверения личности (с указанием ИИН), либо копию паспорта (для иностранных граждан), копию медицинской пластиковой карточки.

### 13. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

13.1. Оплата стоимости оказанной медицинской помощи производится путем ежемесячного перечисления Страховщиком сумм страховых выплат или части страховой премии на банковский счет Ассистанса в размере, порядке и сроки, оговоренные между ними. В случае самостоятельной оплаты Страхователем/Застрахованным медицинских услуг, предусмотренных Договором – Страхователю, либо Застрахованному, либо Выгодоприобретателю в соответствии с условиями настоящих Правил, если Договором и/или Соглашением между Ассистансом и Страховщиком не будет предусмотрено иное.

13.2. Взаимодействие между Страховщиком и Ассистансом определяется Соглашением о сотрудничестве между ними, в том числе и в части порядка взаиморасчетов. В случае если оказанная медицинская помощь выходит за рамки выбранной Страхователем (Застрахованным) Программы, то оплата за оказанную медицинскую помощь производится Страхователем (Застрахованным) по предоставленному Ассистансом счету, самостоятельно.

13.3. Доказывание наступления страхового случая, а также размеров причиненного им вреда лежит на Страхователе (Застрахованном) и Выгодоприобретателе в соответствии с пунктом 4, статьи 817 ГК РК

13.4. После осуществления страховой выплаты Страховщиком, страховая сумма (лимит ответственности Страховщика) по Договору уменьшается на основании следующих документов:

- 1) счета за медицинское обслуживание, лечение и лекарственные препараты;
- 2) табуляграммы выезда бригады скорой медицинской помощи Страховщика;
- 3) счета за нахождение Застрахованного в стационаре при наступлении страховых случаев.

### 14. Срок принятия решения о страховой выплате или отказе в страховой выплате

14.1. Страховщик, после получения всех необходимых документов для принятия решения, в двадцатидневный срок, либо в срок, определенный соглашением сторон, принимает решение о страховой выплате, либо отказе в страховой выплате, о чем сообщает Страхователю (Застрахованному).

14.2. Страховщик осуществляет страховую выплату в течение 20 (двадцати) рабочих дней после принятия решения о страховой выплате, либо в срок, определенный соглашением сторон.

14.3. За несвоевременное осуществление страховой выплаты Страховщик несет ответственность в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан.

Если Страховщиком принято решение об отказе в страховой выплате, он обоснованно мотивирует причину отказа.

14.4. Решение об отказе в оплате медицинских услуг принимается экспертом Ассистанса на основании настоящих Правил и условий Договора и согласовывается со Страховщиком.

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 31 из 35</b>

14.5. При несогласии Застрахованного с отказом Страховщика в оплате медицинских услуг, отказ может быть оспорен в суде в порядке, предусмотренном законодательством Республики Казахстан.

14.6. При признании Застрахованного безвестно отсутствующим, страховая выплата не производится.

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

- 1) сообщил заранее искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения Договора;
- 2) своевременно не известил о страховом случае;
- 3) имел возможность в порядке, установленном законодательством, но не представил в установленный Договором срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера несчастного случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;
- 4) передал свою медицинскую карточку другим лицам с целью получения ими медицинской помощи.

14.8. Страховщик имеет право не возмещать Ассистансу (Страхователю/Застрахованному/Выгодоприобретателю) затраты за медицинские услуги, связанные с заболеваниями и/или их осложнениями, указанными в пункте 4 настоящих Правил.

14.9. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, оказанные Застрахованному, если:

- 1) они получены по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не оговоренных Договором, если иное не указано в Договоре;
- 2) при страховании на условиях, предусматривающих госпитализацию и стационарное лечение Застрахованных, когда последними не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим. При этом решение об отказе принимается экспертной комиссией Ассистанса на основании заключения медицинского учреждения и согласовывается со Страховщиком.

## **15. Условия прекращения Договора**

15.1. Договор прекращается в случае:

- истечения срока его действия
- после осуществления Страховщиком страховой выплаты в полном объеме страховой суммы.
- принятия решения судом о признании Договора недействительным;

15.2. Договор 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, если условиями Договора не предусмотрено иное.

15.3. Если Договор 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

	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 32 из 35
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>		

премии пропорционально истекшему периоду действия Договора за вычетом понесенных расходов и расходов на ведение дела.

15.4. Договор может быть прекращен досрочно в случаях:

- передачи Застрахованным медицинской карточки другому лицу с целью получения им медицинских услуг по Договору;
- неуплаты очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку. При этом уплаченные страховые взносы не возвращаются
- неисполнением или ненадлежащим исполнением Страхователем условий Договора

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

15.5. В случае досрочного прекращения Договора по требованию Страхователя уплаченные им страховые премии не возвращаются. Если требования Страхователя обусловлены, неисполнением или ненадлежащим исполнением Страховщиком условий Договора, то последний возвращает Страхователю уплаченные им страховые премии полностью.

15.6. Иной порядок и условия прекращения договора могут быть установлены Договором страхования.

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

## **16. Дополнительные условия**

16.1. В Договор, заключаемый в соответствии с Правилами, Страховщик может включить дополнительные условия (страховые оговорки, определения, исключения, покрытия и т.п.), не противоречащие законодательству Республики Казахстан.

## **17. Порядок разрешения споров**

17.1. Любые споры и/или разногласия, возникающие из настоящих Правил или условий Договора или в связи с ними, разрешаются посредством переговоров.

17.2. В случае не достижения договоренности Сторонами, споры и/или разногласия подлежат рассмотрению и разрешению судом Республики Казахстан согласно требованиям действующего законодательства Республики Казахстан.



	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 33 из 35
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни</b> <b>АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>		

### ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

№ п/п	№ раздела, пункта, к которому относятся изменения	Основание (№ и дата документа)	Дата внесения изменения	Подпись лица, внесшего изменения
1	2	3	4	5

Данный документ поддерживается в электронном виде.  
 После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров

	<b>Экземпляр № 1</b>	<b>Издание 1</b>
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>	<b>Введено в действие 15 апреля 2016г.</b>	<b>стр. 34 из 35</b>

### ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

№ п/п	ФИО	Должность	Дата ознакомления	Подпись
1	2	3	4	5

*Данный документ поддерживается в электронном виде.  
 После распечатки документ переходит в категорию не учитываемых экземпляров*

	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие 15 апреля 2016г.	стр. 35 из 35
<b>ПР-ДАиП-01 Правила добровольного страхования на случай болезни АО «Компания по страхованию жизни «НОМАД LIFE»</b>		

### ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

	Должность	Ф.И.О.	Дата и подпись
Согласовано	Председатель Правления	Трумова С.М.	
Согласовано	Заместитель Председателя Правления по продажам, Член Правления	Шалгимбаев М.А.	
Согласовано	Финансовый директор, Член Правления	Гордеева В.В.	
Согласовано	Управляющий директор по вопросам страхования, Член Правления	Шакенов А.С.	
Согласовано	Директора Юридического департамента	Тайтуголева Е.С.	
Согласовано	Комплаенс- контролер	Милова О.В.	
Подготовлено	Директор Департамента андеррайтинга и перестрахования	Чагирова А.М.	