

 КАЗАХИНСТРАХ САҚТАНДЫРУ КОМПАНИЯСЫ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	Страховой продукт		
	<i>Программа добровольного медицинского страхования «Будьте здоровы!»</i>		
P-RI -15	Редакция 01	Вводится в действие с 28.08.2017 г.	Титульный лист

Приложение № 2
к Полису добровольного страхования
на случай болезни по программе «Будьте здоровы!»

ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

1. Общие положения

1. Особые условия страхования (далее – Особые условия) являются неотъемлемой частью договора страхования (Полиса), заключенного на основании письменного заявления Страхователя.
2. Настоящие Особые условия разработаны на основании Правил добровольного страхования на случай болезни АО «Казакхинстрах» (далее - Правила), действующих на дату заключения договора страхования.
3. Если положения Полиса отличаются от положений Правил, то применяются положения Полиса.
4. Положения, не оговоренные Полисом, регулируются Правилами и действующим законодательством Республики Казахстан.
5. Применяемые определения:

дата диагностирования онкологического заболевания – дата установления медицинским специалистом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза заболевания, основанного на результатах проведенного обследования Застрахованного;

медицинская помощь – комплекс мероприятий (в соответствии с Медицинской программой), направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья Застрахованного, который включает в себя:

медицинские услуги (медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболевания и имеющих самостоятельное законченное значение);

иные услуги по оказанию или организации предоставления медицинских услуг Застрахованному, осуществляемые Страховщиком и (или) сервисной организацией при наступлении страхового случая;

медицинское учреждение – юридическое лицо любой организационно-правовой формы (лечебное, лечебно-профилактическое, больничное учреждение, диспансер, амбулаторно-поликлиническое учреждение, учреждение скорой медицинской помощи, клиника и другое), осуществляющее медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности, полученную в соответствии с законодательством Российской Федерации;

онкологическое заболевание (по тексту - заболевание) – заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся неконтролируемым ростом, инвазией в нормальную ткань, классифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81-C96); новообразования in situ (D00-D09);

период действия страховой защиты – срок, указанный в договоре страхования, в течение которого Страховщик несет обязанность по осуществлению страховой выплаты;

период ожидания – период времени с момента вступления договора страхования в силу и до момента начала действия страховой защиты, в течение которого диагностирование онкологического заболевания и обращение Застрахованного в медицинское или иное учреждение для получения медицинской помощи, предусмотренной Медицинской программой, не является страховым случаем;

сервисная организация – организация, предоставляющая и (или) организующая предоставление услуг, указанных в Медицинской программе, на территории страхования, по указанию Страховщика.

2. Исключения из страховых случаев. Ограничения страхования

б. К страховому случаю не относится:

- 1) установление диагноза онкологического заболевания, признаки (симптомы) и (или) диагностирование которого произошли до начала действия страховой защиты;
- 2) иное заболевание, не указанное в Полисе;
- 3) заболевания, полученные в результате воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 4) заболевание, причиной которого явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

- 5) заболевания и состояния, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменение;
- 6) приобретение лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний.
7. Страхованием не покрывается получение Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:
- 1) базальноклеточной карциномой;
 - 2) злокачественной меланомой класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
 - 3) плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
 - 4) онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).
8. Страхованием не является получение медицинских и иных услуг:
- 1) не предусмотренных договором страхования;
 - 2) оказанных вне периода действия страховой защиты;
 - 3) предоставленных медицинскими и иными организациями без согласования со Страховщиком, после установки первичного диагноза;
 - 4) не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания;
 - 5) по ранее диагностированным заболеваниям (вне периода действия страховой защиты).
9. Страхованием не распространяется на лиц:
- 1) возраст которых на момент заключения договора страхования составляет менее 18 или 76 и более лет;
 - 2) у которых когда-либо были обнаружены ВИЧ-инфекция или СПИД;
 - 3) у которых на момент заключения договора страхования (начала действия страховой защиты) или в прошедшем периоде были диагностированы любые формы злокачественных новообразований, рака, лейкемии, лимфомы;
 - 4) у которых были диагностированы до вступления договора страхования в силу воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит); поликистоз почек; асбестоз; любая форма гепатита (кроме А) или цирроза печени;
 - 5) ожидавших до начала действия страховой защиты результатов анализов в связи с подозрением на рак, опухоли или другие новообразования;
 - 6) состоящих на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансере;
 - 7) находящихся в местах лишения свободы;
 - 8) включенных уполномоченным органом в Перечень лиц, связанных с финансированием терроризма и экстремизма.
10. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, а также скрыл сведения, указанные в настоящей главе, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

3. Права и обязанности сторон

11. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить Страхователя (Застрахованного) с условиями страхования, предоставить Правила страхования путем их размещения на сайте www.kazakhinstrakh.kz;
- 2) обеспечить предоставление Застрахованному услуг, предусмотренных договором страхования;
- 3) контролировать объем и сроки предоставляемой медицинской помощи;
- 4) при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные Полисом;
- 5) отказать в возврате страховой премии, осуществлению страховой выплаты в случаях, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»;
- 6) обеспечить соблюдение тайны страхования и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан;
- 7) выполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

12. Страховщик имеет право:

- 1) проверять достоверность информации, сообщенной ему при заключении и сопровождении договора страхования, любыми доступными способами, не противоречащими законодательству Республики Казахстан;
- 2) произвести верификацию информации, предоставленной Застрахованным о диагностировании онкологического заболевания;
- 3) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая (события), запрашивать от медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, сведения, связанные со страховым случаем;
- 4) при неисполнении Страхователем (Застрахованным) своих обязательств потребовать досрочного расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных таким расторжением;

5) запрашивать дополнительные сведения, касающиеся исполнения договора страхования, в порядке, предусмотренном настоящими Особыми условиями.

13. Страхователь (Застрахованный) обязан:

- 1) выполнять условия договора страхования;
- 2) соблюдать порядок получения медицинской помощи, предусмотренный Медицинской программой;
- 3) сообщать Страховщику обо всех изменениях условий и сведений, указанных Полисе;
- 4) не передавать Полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;
- 5) выполнять иные обязанности, установленные настоящим договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

14. Страхователь (Застрахованный) имеет право:

- 1) проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования;
- 2) требовать от страховщика организации оказания медицинской помощи и (или) оплаты предоставленных услуг в соответствии с Медицинской программой;
- 3) получить страховую выплату в порядке и сроки, установленные договором страхования;
- 4) получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;
- 5) по письменному заявлению получить дубликат Полиса в случае его утери;
- 6) отказаться от договора страхования в любое время.

15. Стороны имеют другие права и обязанности, предусмотренные настоящим договором страхования и законодательством Республики Казахстан.

4. Действия Страхователя (Застрахованного) при наступлении страхового случая

16. Страхователь (Застрахованный) при наступлении события, последствия которого могут привести к наступлению страхового случая, должен обратиться к Страховщику (его представителю) для координации дальнейших действий, организации предоставления медицинской помощи в порядке и сроки, установленные Медицинской программой.

17. Во избежание увеличения негативных последствий от страхового события Страхователь (Застрахованный) обязан действовать в порядке, установленном Медицинской программой, выполнять инструкции Страховщика (его представителя) и неукоснительно соблюдать рекомендации врачей.

18. Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить Страховщику всю известную информацию о страховом случае (событии) и все необходимые документы для установления факта наступления страхового случая.

5. Документы, предоставляемые при наступлении страхового случая

19. Для рассмотрения вопроса об осуществлении единовременной страховой выплаты в случае установления диагноза онкологического заболевания (Секция № 1) Застрахованный должен представить Страховщику следующие документы:

- 1) Заявление на страховую выплату*;
- 2) Уведомление о страховом случае*;
- 3) копию настоящего Полиса (с приложениями);
- 4) оригинал документа, подтверждающего оплату страховой премии;
- 5) документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- 6) выписку из онкологического диспансера;
- 7) выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащей информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваний за последние пять лет;
- 8) медицинский документ из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, проведенным лечением);
- 9) результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;
- 10) направление лечащего врача на лечение (при наличии).

20. В случае необходимости Страховщик вправе мотивированно затребовать у Застрахованного дополнительные документы (в т. ч. документы с целью верификации поставленного диагноза) в случае, если документов, указанных в п. 19 настоящей главы, будет недостаточно для определения наступления страхового случая.

21. В течение трех рабочих дней со дня получения Заявления о страховой выплате Страховщик должен письменно уведомить Застрахованного о необходимости предоставления недостающих для осуществления страховой выплаты документов.

22. Перечень документов, которые Застрахованный обязан предоставить Страховщику (представителю Страховщика – сервисной компании) для организации и (или) предоставления медицинских услуг в медицинских учреждениях Российской Федерации установлен Медицинской программой.

23. Страховщик вправе самостоятельно запрашивать у медицинских учреждений медицинскую и иную документацию Застрахованного, отражающую его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения. Страховщик имеет право использовать данную информацию только для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного.

24. Страховщик не производит возмещение расходов на лечение, самостоятельно произведенных Застрахованным.

6. Размеры, порядок и сроки осуществления страховой выплаты

25. При признании факта установления диагноза онкологического заболевания (Секция № 1) страховым случаем, Страховщик осуществляет Застрахованному (Выгодоприобретателю) единовременную страховую выплату в размере 500 000 (пятьсот тысяч) тенге.

26. Страховая выплата производится в течение пяти рабочих дней со дня получения Страховщиком всех необходимых документов.

27. Страховая выплата производится путем перечисления денежных средств на банковский счет Застрахованного (Выгодоприобретателя), указанный в Заявлении на страховую выплату, либо иным способом по согласованию сторон.

28. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного по доверенности, оформленной Застрахованным в установленном законодательством Республики Казахстан порядке.

29. Страховщик освобождается от обязанности осуществить выплату по страховым случаям, произошедшим прямо или косвенно в результате заболевания на основании диагноза, поставленного самим Застрахованным или его (её) близким членом семьи или лицом, живущим с Застрахованным в одном доме, а также не профилирующим врачом.

30. Основанием для отказа Страховщика в осуществлении страховой выплаты может быть следующее:

1) сообщение Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования, страховом риске, страховом случае и его последствиях;

2) умышленное непринятие Страхователем (Застрахованным) мер по уменьшению убытков от страхового случая;

3) воспрепятствование Страхователем (Застрахованным) Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая;

4) неуведомление Страховщика о наступлении страхового случая;

5) установление факта передачи Застрахованным настоящего Полиса другому лицу, для получения им медицинских услуг;

6) другие случаи, предусмотренные законодательными актами.

31. Размер страховой выплаты по возмещению расходов на организацию и (или) оказание медицинской помощи Застрахованному (Секция № 2) определяется на основании документов, подтверждающих стоимость оказанных Застрахованному, в период действия страховой защиты, медицинских и иных услуг, предусмотренных Медицинской программой.

32. Страховая выплата по возмещению расходов на организацию и (или) оказание медицинской помощи Застрахованному производится Страховщиком непосредственно медицинским учреждениям и (или) сервисной организации в размере, порядке и сроки, установленные соответствующими договорами.

7. Прекращение действия Полиса и страховой защиты

33. Действие Полиса прекращается в случае:

1) истечения срока действия;

2) досрочного прекращения.

34. Действие Полиса и страховой защиты прекращается досрочно:

1) при осуществлении Страховщиком страховой выплаты в размере страховой суммы;

2) в случае изменения условий и сведений, включенных в Полис;

3) по инициативе сторон;

4) в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан.

35. Страховая защита по Секции № 1 прекращается при осуществлении Страховщиком единовременной страховой выплаты.

36. Помимо общих оснований, Полис и страховая защита прекращает действие досрочно в случаях:

1) смерти Застрахованного;

2) когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

3) вступления в законную силу решения суда о принудительной ликвидации Страховщика, за исключением случаев, предусмотренных Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности»;

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

В указанных случаях договор страхования считается прекращенным с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для его прекращения, о чем заинтересованная сторона должна незамедлительно уведомить другую.

37. При досрочном прекращении Полиса по обстоятельствам, предусмотренным в п. 34 (кроме п.п.1)) и п. 36 настоящей главы, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования.

Страховая премия (ее часть) не подлежит возврату при досрочном прекращении договора страхования, в случае если по нему Страховщиком уже были произведены страховые выплаты.

38. Страхователь (Застрахованный) вправе отказаться от договора страхования в любое время.

39. В случае досрочного отказа Страхователя (Застрахованного) от договора страхования страховая премия возврату не подлежит.

40. В случае утери Полиса в течение его срока действия Страхователю (Застрахованному) на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утерянный экземпляр Полиса считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся.

8. Внесение изменений в Полис

41. Внесение изменений и дополнений в Полис не допускается. По заявлению Страхователя (Застрахованного) договор страхования расторгается по основанию внесения изменений и (или) дополнений в Полис, при этом страховая премия, подлежащая возврату в соответствии с положениями настоящих Особых условий за неиспользованный период, может быть зачтена Страховщиком в счет уплаты части страховой премии по вновь заключаемому договору страхования.

9. Порядок разрешения споров

42. Все споры между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным) по настоящему договору страхования решаются путем переговоров.

43. При недостижении соглашения спор рассматривается в порядке, предусмотренном законодательством Республики Казахстан по месту нахождения исполнительного органа Страховщика.

