

«УТВЕРЖДЕНО»  
Приказом №21 от 5 июля 2017 г.  
Генеральным директором  
ЗАО «СК «АРСЕНАЛЬ - КЫРГЫЗСТАН»  
Сейдахметовой Э.М.

---

# Правила добровольного медицинского страхования (ДМС)

*Лицензия: Добровольное личное страхование, осуществляемое страховой организацией*

Регистрационный номер 37, серия С №0063, от 21.07.2017 г.,  
выдана Государственной службой регулирования и надзора за финансовым рынком при Правительстве Кыргызской Республики

## **Содержание:**

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Страховой риск. Страховые случаи
4. Страховая сумма
5. Страховая премия
6. Срок действия договора страхования
7. Порядок заключения и прекращения договора страхования
8. Права и обязанности сторон
9. Порядок организации медицинских услуг
10. Страховая выплата. Отказ в страховой выплате
11. Порядок разрешения споров

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики и на основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования (ДМС) (далее по тексту - Правила) Страховщик заключает с юридическими лицами или дееспособными физическими лицами (далее - Страхователи) договоры добровольного медицинского страхования, по условиям которых гарантируется организация и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме Программы добровольного медицинского страхования и приложений к ней, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Страховщик – Закрытое Акционерное Общество «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ-КЫРГЫЗСТАН», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной органом страхового надзора лицензией.

1.3. Страхователи – юридические или дееспособные физические лица, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.4. В объем страховой ответственности по договору добровольного медицинского страхования не включаются обязательства по обязательному медицинскому страхованию.

1.5. Добровольное медицинское страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

1.6. Застрахованное лицо (далее – Застрахованный) – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем — физическим лицом в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

Застрахованным, если иное не предусмотрено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

1.7. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

**программа добровольного медицинского страхования** (Программа страхования) – перечень видов медицинских услуг, оказываемых при наступлении страхового случая, которые могут быть оплачены Страховщиком, с указанием общей страховой суммы (лимитов ответственности) и/или отдельных страховых сумм по каждому виду рисков (медицинской помощи), иных оказываемых услуг. В Программе добровольного медицинского страхования может указываться также перечень медицинских учреждений, где Застрахованный может получить медицинские услуги.

**договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)** - соглашение, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованным медицинскую помощь определенного объема и качества, предусмотренного программой добровольного медицинского страхования, в конкретные сроки и в рамках программы добровольного медицинского страхования.

**медицинские учреждения** – организации (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Кыргызской Республики и за ее пределами, имеющие лицензию на право осуществления медицинской деятельности.

**амбулаторное лечение** - организация медицинской помощи в рамках программы добровольного медицинского страхования приходящим в медицинское учреждение Застрахованным пациентам.

**стационарное лечение** - организация круглосуточной медицинской помощи и ухода за больными пациентами, помещенными в специально оборудованное медицинское учреждение.

**медицинские услуги** - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

**медицинское вмешательство** - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и /или медицинских манипуляций.

**профилактика** - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

**диагностика** - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых

посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

**заболевание** - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

**лечение** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

**лечащий врач** - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

**выжидательный период** - промежуток времени, по истечении которого свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

1.8. На страхование не принимаются, если иное не оговорено договором страхования:

1.8.1. лица, имеющие на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения:

- а) туберкулез, онкологические заболевания;
- б) болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ-носительство;
- в) психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;
- г) злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови.

1.8.2. лица, находящиеся на момент заключения договора страхования на стационарном лечении.

Заклученный в отношении таких лиц договор добровольного медицинского страхования может быть прекращен досрочно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

1.9. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре (полисе) страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (полисом) страхования или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Правил страхователю при заключении договора (полиса) страхования должно быть удостоверено записью в договоре (полисе) страхования.

1.10. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе и его имущественном положении.

1.11. При заключении договора страхования стороны могут договориться об изменении или неприменении отдельных положений настоящих Правил, а также о дополнении договора страхования положениями, отличными от тех, которые изложены в настоящих Правилах, если такие изменения и дополнения не противоречат действующему законодательству. Положения договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих Правил.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного (физического лица), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень и/или устраняющих опасные для жизни или здоровья физического лица угрозы.

2.2. По договору страхования Страхователь (Застрахованный) в объеме и на условиях Программы добровольного медицинского страхования и приложений к ней, выбранных Страхователем имеет право на получение медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях (организациях) и у частнопрактикующих медицинских работников, имеющих соответствующую лицензию, а также в сервисных организациях, перечисленных в страховом договоре (страховом полисе) или в приложении к нему. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями по Программе страхования.

Страховщик несет ответственность за номенклатуру, качество, сервис и условия предоставления медицинских и иных услуг, оказанных по выбранной Страхователем (Застрахованным) Программе добровольного медицинского страхования и приложениям к ней, только в этих учреждениях и не несет ответственности при оказании медицинской помощи вне этих

учреждений.

2.3. Территорией страхования является территория Кыргызской Республики, если в договоре страхования не указано иное.

### **3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, на случай реализации (наступления) которого проводится страхование.

3.2. Страховым случаем является событие, свершившееся в период действия Договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить оплату медицинских и иных услуг, соответствующего качества, номенклатуры, сервиса и условий их предоставления, предусмотренных выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, в медицинской организации из числа организаций, представленных в приложении к страховому полису, при ухудшении состояния здоровья Страхователя (Застрахованного) в результате обстоятельств, которые определены Программой добровольного медицинского страхования.

Программой добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено получение Страхователем (Застрахованным) лечебной, консультативной, реабилитационной, бальнеологической, профилактической, диагностической, фармакологической и иной помощи.

3.3. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, страховым случаям признается возникновение обстоятельств, требующих оказания Застрахованному медицинских и иных, связанных с его здоровьем услуг. Условиями заключенного договора страхования Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату услуг в медицинских организациях, которые определены договором страхования, или возмещение расходов за медицинские и иные услуги на оговоренных Сторонами в договоре страхования условиях, в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования (включая приложения).

3.4. Не признается страховым случаем обращение Страхователя (Застрахованного) за получением медицинских и иных услуг:

3.4.1. не предусмотренных договором и/или программой страхования;

3.4.2. в медицинские организации, не предусмотренные договором страхования за исключением случая указанного в п. 9.3 настоящих Правил;

3.4.3. если медицинские услуги не назначены врачом, выполняются по желанию Страхователя (Застрахованного) или без медицинских показаний;

3.4.4. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

3.4.5. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Страхователем (Застрахованным) противоправных действий;

3.4.6. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.4.7. в связи с участием (Страхователя) Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

3.4.8. в связи с лечением заболеваний, явившихся причиной установления инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию, при заключении договора страхования в отношении инвалидов;

3.4.9. в связи с получением медицинских и иных услуг, связанных с пластической и косметической хирургией;

3.4.10. в связи с травмами и заболеваниями, лечение которых оплачено другими организациями или предоставлено бесплатно;

3.4.11. в связи с показанием лечебно-диагностических мероприятий, выходящие за рамки выбранной Страхователем (Застрахованным) Программы добровольного медицинского страхования и приложений к ней, обусловленной договором страхования. При этом лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет.

3.5. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

- 3.5.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 3.5.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 3.5.3. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- 3.5.4. массовыми заболеваниями при стихийных бедствиях, катастрофах и производственных авариях, приведших к массовым поражениям;
- 3.5.5. террористического акта.

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА**

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена соглашением Сторон в договоре страхования и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховой суммой является предельный уровень страховых выплат по договору добровольного медицинского страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней и стоимостью медицинских и иных услуг в медицинских организациях, привлекаемых для обеспечения этой Программы страхования. Если договором предусмотрено несколько страховых рисков, по каждому из них страховая сумма может устанавливаться индивидуально.

4.3. Страховая сумма может определяться по всей Программе страхования в целом или совокупности Программ, либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи в том числе, медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или по всем страховым случаям суммарно.

4.4. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты ответственности – по отдельным Программам страхования, видам медицинских услуг, группам Застрахованных и т.п.

4.5. Договором страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза. Условная франшиза освобождает Страховщика от страховой выплаты, если её размер не превышает размер франшизы. Безусловная франшиза уменьшает размер страховой выплаты на размер франшизы. Временная франшиза – период времени, в течение которого медицинская помощь, определенная программой страхования, оказывается за счет Страхователя (Застрахованного) и оплате Страховщиком не подлежит. Размер франшизы определяется Страховщиком и Страхователем соглашением Сторон.

#### **5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

5.1. Страховая премия (страховые взносы - при уплате страховой премии в рассрочку), уплачиваемая (-ые) Страхователем по договору страхования, устанавливаются в зависимости от выбранных Страхователем страховых рисков, перечня медицинских и иных услуг, условий их предоставления, размера страховой суммы, срока страхования, результатов предварительного медицинского освидетельствования (если оно предусмотрено Программой) и иных условий, определенных договором страхования.

5.2. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

5.3. Размер страховой премии определяется исходя из согласованной сторонами страховой суммы, базовой тарифной ставки и поправочных коэффициентов.

При этом Страховщик вправе вводить повышающий коэффициент для Застрахованных лиц старше 60 лет, а также повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам, экспертно определяемые по результатам предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного, устанавливаемые на основании анализа иных сведений, полученных при заключении договора страхования, исходя из рода занятий Застрахованного, наличия привычек, влияющих на состояние здоровья.

При определении размера страховой премии лицу, в отношении которого заключается договор страхования, может быть предложено заполнение медицинской анкеты. В случае необходимости, для уточнения данных о лице, в пользу которого заключается договор страхования, Страховщик имеет право направить его на медицинское обследование. В случае отказа от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования, объем которого определяется Страховщиком, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

5.4. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно – разовым платежом за весь срок страхования или в рассрочку (уплата страховых

взносов) – в порядке, установленном договором страхования.

5.5. При уплате страховой премии (страховых взносов) безналичным путем даты уплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата поступления денег на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя), если иное не предусмотрено договором страхования. При уплате страховой премии (страхового взноса) наличным платежом датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата поступления денег в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

В случае просрочки уплаты Страхователем очередного страхового взноса в течение 3 (трех) рабочих дней со дня, установленного договором страхования срока его оплаты, Страховщик вправе направить уведомление о досрочном прекращении договора страхования. Договор страхования считается досрочно прекратившим свое действие со дня, указанного в уведомлении о досрочном прекращении договора страхования, при этом обязательства, вытекающие из договора страхования (за исключением, обязательств Страховщика по страховой выплате по страховым случаям, наступившим в период действия договора страхования и обязательств Страхователя по уплате страховой премии за период действия договора страхования) прекращаются.

В договоре страхования могут быть определены иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

5.6. При указании в договоре страхования страховых сумм в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в сомах, страховая премия уплачивается в валюте, предусмотренной договором страхования в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

5.7. По договорам, заключаемым на срок менее одного года (краткосрочное страхование), или дополнительным соглашениям, оформляемым в связи с увеличением страховой суммы, страховая премия определяется по таблице:

Срок страхования в месяцах:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Доля годовой страховой премии:	0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,0

При заключении договора страхования на срок более года страховая премия определяется из расчета 1/12 годовой суммы страховой премии за каждый месяц страхования. При этом страховая премия за неполный месяц исчисляется как за полный.

5.8. При заключении дополнительного соглашения к договору страхования в связи с увеличением срока страхования страховая премия определяется из расчета 1/12 годовой суммы страховой премии за каждый месяц страхования. При этом страховая премия за неполный месяц исчисляется как за полный, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.9. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера, подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму просроченного страхового взноса.

5.10. При страховании в валютном эквиваленте страховая премия и страховые взносы указываются в иностранной валюте. Оплата страховой премии производится в сомах по курсу Национального банка Кыргызской Республики (НБКР), установленному для данной валюты на дату уплаты, если иное не предусмотрено договором страхования.

## 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями договора не предусмотрено иное.

6.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты всей суммы страховой премии (первого страхового взноса) и действует в течение периода времени, указанного в договоре страхования.

6.3. Если в договоре страхования предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим после окончания выжидательного периода.

## 7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае произвести оплату или возмещение расходов на получение медицинских и иных услуг на оговоренных условиях, определенных договором страхования в соответствии с конкретным перечнем услуг (программой добровольного

медицинского страхования), при обращении Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинские учреждения, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (взнос) в установленные сроки.

7.2. Страхователь обязан при заключении договора страхования сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков. Существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в заявления на страхование, медицинской анкете и (или) в его письменном запросе.

7.3. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя, являющегося неотъемлемой частью договора страхования, по форме, установленной Страховщиком, и медицинской анкеты. Заявление Страхователя должно содержать информацию, необходимую для оформления договора страхования и оценки Страховщиком страхового риска, принимаемого на страхование.

7.3.1. если Страхователем выступает физическое лицо, в заявление на страхование указывается:

- а) фамилия, имя, отчество и паспортные данные Страхователя и Застрахованного;
- б) год рождения Застрахованного;
- в) домашний адрес и телефон Страхователя и Застрахованного;
- г) условия, срок страхования, размер страховой суммы;
- д) предполагаемый перечень медицинских и иных услуг согласно выбранной Страхователем

Программе добровольного медицинского страхования и приложениям к ней.

7.3.2. если Страхователем выступает юридическое лицо, в заявлении указывается:

- а) наименование Страхователя, его юридический адрес и банковские реквизиты;
- б) условия, срок страхования, размер страховой суммы;
- в) телефон, факс, электронная почта и иные средства связи, по которым можно связаться со

Страхователем;

- г) число лиц, подлежащих страхованию;
- д) предполагаемый перечень медицинских и иных услуг согласно выбранной Страхователем

Программе добровольного медицинского страхования и приложениям к ней.

7.3.3. к заявлению на страхование должен быть приложен список Застрахованных с указанием фамилий, имен, отчеств и паспортных данных, домашних адресов и контактных телефонов, возраста, выбранного варианта и программы страхования. После заключения договора страхования этот список, подписанный с обеих сторон, становится его неотъемлемой частью.

7.4. Страхователь обязан сообщить по требованию Страховщика сведения о состоянии здоровья Застрахованных и иную информацию, необходимую Страховщику для определения степени страхового риска условий договора.

7.5. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования лиц, подлежащих страхованию, за счет Страхователя или медицинского анкетирования.

7.6. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем сведения. В случае установления того, что Страхователь сообщил о себе или Застрахованном заведомо ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключение договора.

7.7. Если недостоверность данных, сообщенных при заключении договора и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора в силу, Страховщик имеет право потребовать признания договора недействительным.

7.8. Договор страхования может быть оформлен путем составления одного документа либо вручения Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком, с приложением настоящих Правил и Программы добровольного медицинского страхования.

7.9. При коллективном страховании Страховщик выдает Страхователю (для передачи их Застрахованным) страховые полисы на каждого Застрахованного.

При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис, карточка медицинского страхования, документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено договором страхования.

При утрате страхового полиса Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдаются новые. При повторной утрате страхового полиса в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости его изготовления.



7.10. Страховщик вправе выдать для каждого застрахованного лица различные информационные документы: страховую карточку, памятку, пропуск в медицинское учреждение и т.п.

7.10.1. в случае утраты страховых, информационных документов Застрахованный должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованным) выдаются дубликаты.

7.11. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан обеспечить по требованию Страховщика возможность осуществлять проверки сведений, которые Страхователь сообщил Страховщику при заключении договора страхования.

Если в результате такой проверки будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику при заключении договора страхования заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 7.2 настоящих Правил, то Страховщик вправе потребовать признания такого договора страхования недействительным в порядке, предусмотренном законодательством Кыргызской Республики.

7.12. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании онкологического заболевания, инсульта, инфаркта, установлении инвалидности.

7.13. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, имеет право потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

7.14. Условия договора страхования могут быть изменены и/или дополнены по соглашению сторон в порядке, предусмотренном законодательством Кыргызской Республики. Любые изменения и дополнения к договору страхования действуют лишь в том случае, если они оформлены надлежащим образом в письменном виде и подписаны сторонами договора страхования.

7.15. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских и иных услуг по договору в случаях:

7.15.1. истечения срока его действия;

7.15.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;

7.15.3. неуплаты Страхователем страховой премии или очередного взноса в установленные договором сроки;

7.15.4. смерти Застрахованного (в случае заключения договора страхования в отношении нескольких Застрахованных, договор страхования прекращается в отношении данного Застрахованного) с момента уведомления Страховщика;

7.15.5. смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, или ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

7.15.6. по соглашению сторон или требованию одной из сторон, только если это предусмотрено условиями договора или действующим законодательством Кыргызской Республики;

7.15.7. ликвидации Страховщика в порядке, предусмотренном законодательством Кыргызской Республики;

7.15.8. принятия судом решения о признании договора недействительным.

7.16. При досрочном прекращении действия договора в соответствии с п. 7.15.4 и п. 7.15.7, если иное не вытекает из требований законодательства или условий договора страхования, Страховщик возвращает полученную страховую премию за не истекший срок договора за вычетом понесенных расходов.

7.17. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. В этом случае Страховщик не возвращает уплаченную Страхователем страховую премию, если иное не предусмотрено в договоре страхования.

7.18. Если возврат страховой премии предусмотрен условиями договора страхования, он

осуществляется исходя из фактически поступившей по договору страхования страховой премии (страховых взносов), при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший период действия страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дел.

7.19. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (Тридцати) дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

7.20. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис, памятку, пропуск в медицинское учреждение, страховые карточки, действие которых прекращается с момента окончания срока страхования, поступления письменного заявления Страхователя о досрочном прекращении действия договора страхования, принятия решения Страховщиком о досрочном прекращении действия договора страхования при несоблюдении Страхователем (Застрахованным) своих обязанностей, в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Кыргызской Республики и настоящими Правилами.

7.21. В случае утраты договора страхования в период его действия, Страхователю, на основании его письменного заявления, выдается дубликат договора, после чего утраченный договор считается не действующим и страховые выплаты по нему не производятся.

7.22. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (Полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страхования (Полисе) прямо указывается на применение этих Правил, и они изложены в одном документе с договором страхования (Полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

## **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **8.1. Страхователь имеет право:**

8.1.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

8.1.2. требовать организацию Застрахованному оказания медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования, выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней. В случае непредставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь (Застрахованный) или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика;

8.1.3. расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса);

8.1.4. расторгать досрочно договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. При уменьшении числа Застрахованных в рамках договора страхования возврат части страховой премии осуществляется исходя из фактически поступившей по договору страхования страховой премии (страховых взносов), при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший период действия страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дел;

8.1.5. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

### **8.2. Застрахованный имеет право:**

8.2.1. требовать предоставление в лечебных учреждениях медицинских и иных услуг в соответствии с условиями заключенного договора страхования и Программой страхования, и приложениями к ней;

8.2.2. получать дубликат программы страхования, страховой карточки или пропуска в медицинское учреждение в случае их утраты;

8.2.3. выбрать любую лечебно-профилактическую организацию из числа, указанных в договоре страхования, и лечащего врача из числа врачей, привлекаемых для осуществления Программы добровольного медицинского страхования и приложений к ней, и менять их не чаще одного раза в квартал, если договором не предусмотрено иное;

8.2.4. обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи;

8.2.5. предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении;

8.2.6. принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, или ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством Кыргызской Республики.

**8.3. Страховщик имеет право:**

8.3.1. требовать у Страхователя (Застрахованного) информацию и документы, позволяющие произвести оценку вероятности наступления страхового случая;

8.3.2. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования;

8.3.3. отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования;

8.3.4. отсрочить решение вопроса об оплате медицинских и иных услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами. Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;

8.3.5. в рамках своих обязательств по договору страхования знакомиться с медицинской документацией Застрахованного отражающей его заболевание, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг, защитой прав Застрахованного;

8.3.6. требовать внесения изменений в договор страхования, в том числе увеличения страховой премии или снижения страховой суммы, если в течение срока действия договора страхования возникли обстоятельства, повлекшие за собой существенное увеличение страхового риска (согласно п. 7.13 настоящих Правил);

8.3.7. получать дополнительную страховую премию при изменении условий договора страхования, оформлении дополнительных соглашений к договору страхования и т.п.;

8.3.8. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным договором страхования;

8.3.9. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг, Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

8.3.10. запрашивать у Страхователя (Застрахованного) дополнительные сведения, прямо или косвенно связанные с причинами и обстоятельствами наступления страхового случая;

8.3.11. направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с расследованием причин и обстоятельств наступления страхового случая. В случае если компетентные органы располагают материалами, дающими основание Страховщику отказать в страховой выплате, отсрочить страховую выплату до выяснения всех обстоятельств;

8.3.12. самостоятельно производить выяснение причин и обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая;

8.3.13. требовать от Застрахованного выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо;

8.3.14. приостанавливать выполнение своих обязательств в отношении Застрахованного в случаях необоснованного или ложного вызова скорой медицинской помощи (СМП), нарушении лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;

8.3.15. при выявлении Страховщиком факта подлога в документах или заведомо неверных (ложных) сведений, предоставленных Страхователем и/или Застрахованным при получении медицинских услуг, отказать в оплате медицинских услуг и прекратить действие договора в отношении данного Застрахованного, что означает исключение его из списка Застрахованных.

8.3.16. потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, в соответствии с законодательством Кыргызской Республики, в случае установления после заключения договора страхования, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 7.4 настоящих Правил.

**8.4. Страхователь обязан:**

8.4.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными в любом случае признаются обстоятельства, запрашиваемые Страховщиком в Заявлении на страхование, медицинской анкете или других дополнительных документов, предоставленных Страхователем. Страхователь также обязан письменно информировать Страховщика обо всех договорах страхования, заключенных в отношении Застрахованного Страхователем с другими страховыми компаниями с указанием наименования страховых компаний, видов заключенных договоров и, по требованию Страховщика, существенных условий этих договоров, а также обо всех заявлениях на страхование в отношении Застрахованного, направленных в другие страховые компании, по которым было принято решение об отказе в принятии на страхование;

8.4.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в порядке и сроки, указанные в договоре страхования;

8.4.3. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованного со сроками и условиями страхования, условиями предоставления медицинской помощи, а также с его правами и обязанностями по договору страхования;

8.4.4. в период действия договора страхования незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании онкологического заболевания, инсульта, инфаркта, установлении инвалидности. Значительными признаются изменения, определенно оговоренные в договоре страхования (полисе), заявлении на страхование и медицинской анкете;

8.4.5. обеспечить сохранность документов по договору страхования;

8.4.6. в течение 30 (тридцати) календарных дней известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая, если Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней предусмотрено полное или частичное возмещение дополнительных расходов Застрахованного (Страхователя) на получение медицинских и иных услуг. Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным;

8.4.7. возратить Страховщику полученную страховую выплату (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя права на страховую выплату. Данная обязанность распространяется также на Застрахованного, в зависимости от того, кто именно получил такую страховую выплату.

**8.5. Застрахованный обязан:**

8.5.1. пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования;

8.5.2. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

8.5.3. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис с целью получения им медицинских и иных услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится;

8.5.4. соблюдать настоящие Правила и условия договора страхования;

8.5.5. в период действия договора страхования незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании онкологического заболевания, инсульта, инфаркта, установлении инвалидности. Значительными признаются изменения, определенно оговоренные в договоре страхования (полисе), заявлении на страхование и медицинской анкете.

**8.6. Страховщик обязан:**

8.6.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и Программой страхования, и приложениями к ней;

8.6.2. в течение 5 (пяти) рабочих дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) выдать страховой полис (договор) с приложением настоящих Правил и Программы;

8.6.3. при наступлении страхового случая произвести в соответствии с договором на оказание услуг, заключенным между Страховщиком и медицинским учреждением, оплату медицинских и иных услуг организации, оказавшей такую услугу, либо возместить Застрахованному (Страхователю) расходы, понесенные им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, выбранными Страхователем (Застрахованным);

8.6.4. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством Кыргызской Республики;

8.6.5. защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими учреждениями в рамках заключенного договора страхования;

8.6.6. не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованном и их имущественном положении, за исключением случаев, связанных с обязанностью Страховщика по договорам перестрахования, а также случаев, предусмотренных действующим законодательством Кыргызской Республики.

8.7. Договором страхования могут быть дополнительно предусмотрены иные права и обязанности сторон с учетом особенностей объекта страхования.

8.8. Страхователь - физическое лицо, заключивший договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил, выражает Страховщику свое согласие на автоматизированную, в том числе в информационно-телекоммуникационных сетях, а также без использования средств автоматизации обработку (включая, но не ограничиваясь: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе путем передачи третьим лицам персональных данных/документов, содержащих персональные данные, с правом обработки ими персональных данных), обезличивание, блокирование и уничтожение, трансграничную передачу персональных данных не дальше, чем этого требуют цели обработки) персональных данных Страхователя (включая получение от Страхователя и/или от любых третьих лиц, с учетом норм действующего законодательства Кыргызской Республики), на принятие решений, порождающих юридические последствия для Страхователя или затрагивающих его права и законные интересы, на основании исключительно автоматизированной обработки его персональных данных.

Согласие распространяется на персональные данные Страхователя, включая: фамилию, имя, отчество, год, дату и место рождения, гражданство, серию и номер документа удостоверяющего личность, кем и когда выдан документ удостоверяющий личность, адрес регистрации по месту жительства и/или пребывания, почтовый адрес, контактный телефон, контактный адрес электронной почты, сведения об образовании, квалификации, профессии, должности, имущественном положении (в том числе доходах, имуществе и имущественных обязательствах, финансовом положении, сведения, содержащиеся в представленных в налоговые органы налоговых деклараций), наличии оснований для налоговых вычетов, семейном положении, о трудовой деятельности (в том числе сведения о трудовом и общем стаже, о заработной плате, должностных обязанностях) сведения об инвалидности, о состоянии здоровья, о прохождении военной службы, медицинские диагнозы, серию и номер заграничного паспорта, идентификационный номер налогоплательщика, реквизиты страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), страхового полиса/карточки обязательного медицинского страхования, военного билета, социальный статус (включая анкетные данные, автобиографию, рекомендации, характеристики, наличие судимости), биометрические данные, сведения о допуске к сведениям, составляющим государственную тайну, реквизиты банковского счета.

Целями обработки персональных данных Страхователя являются: заключение и исполнение Страховщиком договоров страхования, сострахования и перестрахования (в том числе урегулирование убытков, принятие решений о страховой выплате/отказе в выплате или совершение иных действий, порождающих юридические последствия в отношении Страхователя или других лиц, предоставления Страхователю информации о действиях Страховщика); оценка страховых рисков; установление связи со Страхователем; улучшение качества услуг, оказываемых Страховщиком, продвижение услуг Страховщика на рынке, путем осуществления прямых контактов со Страхователем (с помощью технических средств связи и почтовой рассылки), а также обработка статистической информации.

На основании настоящих Правил Страхователь дает свое согласие на обработку персональных

данных Страхователя с момента заключения договора страхования (если заключению договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует с даты его выдачи и прекращается свое действие по истечении 5 (пяти) лет после прекращения договора страхования.

Страхователь вправе отозвать своё согласие (если отзыв согласия не нарушает норм действующего законодательства Кыргызской Республики) посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика.

После окончания срока действия согласия или отзыва согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя.

Согласие Страхователя на обработку его персональных данных может быть оформлено путем составления отдельного документа, собственноручно подписанного Страхователем.

## **9. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

9.1. Страховщик заключает договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) с медицинским учреждением по установленной форме, либо по любой другой форме, согласованной с медицинским учреждением.

9.2. Для получения предусмотренной договором страхования и Программой страхования медицинской и иной помощи Застрахованный обращается в медицинское учреждение (или иному участнику оказания таких услуг), предусмотренную договором (Программой страхования) страхования либо к Страховщику в порядке, определенном договором страхования.

9.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных Программой страхования, в организации, определенной в договоре страхования по независящим от Страховщика причинам, Страховщик организует их выполнение в ином медицинском учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

9.4. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинским учреждением.

9.5. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях, если договором не предусмотрено иное.

9.6. Страховщик имеет право организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь, госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования.

9.7. Вся необходимая медицинская документация - листки нетрудоспособности, рецепты (кроме льготных и бесплатных), выписные эпикризы и другие документы - выдаются Застрахованным на общих основаниях согласно действующему законодательству Кыргызской Республики.

## **10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

10.1. Страховая выплата - денежная сумма, которая определяется в установленном договором страхования порядке и выплачивается Страховщиком Страхователю (Застрахованному) при наступлении страхового случая. Страховая выплата по договорам страхования производится в национальной валюте Кыргызской Республики.

10.2. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы или в пределах лимита ответственности по каждому Застрахованному в виде:

10.2.1. оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, выбранными Страхователем (Застрахованным), организациями, перечисленными в страховом полисе или в приложении к нему;

10.2.2. возмещения расходов Застрахованного (Страхователя) (если это предусмотрено договором страхования), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, выбранными Страхователем (Застрахованным).

10.3. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым

случаям, которые предусмотрены договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

10.4. Для получения медицинских и иных услуг Страхователь (Застрахованный) обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику в порядке, указанном в договоре страхования (страховом полисе). Медицинские и иные услуги Страхователю (Застрахованному) оказываются медицинскими учреждениями при условии предъявления им страхового полиса и документа, удостоверяющего его личность.

10.5. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования или страховой полис, документы, подтверждающие оплату медицинских услуг, а также документы, удостоверяющие его личность.

Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее одного месяца после получения им медицинских услуг.

10.6. К заявлению должны быть приложены:

а) договор (полис) страхования, документ удостоверяющий личность Страхователя (Застрахованного);

б) договор на оказание платных услуг (подтверждение факта получения услуг) Застрахованным;

в) копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, а в случае госпитализации - копии документов, послуживших основанием для госпитализации;

г) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;

д) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

е) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным медицинских и иных услуг с полным реестром и указанием стоимости услуг, предусмотренных выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней.

10.6.1. Дополнительно в отношении несовершеннолетних и/или недееспособного Застрахованного его представитель должен предоставить следующие документы:

а) свидетельство о рождении Застрахованного;

б) паспорт Застрахованного (для лиц старше 14 лет);

в) копию паспорта родителей (опекунов, попечителя) Застрахованного;

г) документы удостоверяющие права опекунов (попечителей) в отношении Застрахованного.

10.7. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, если договором не определена оплата части стоимости услуг за счет средств Застрахованного (в этом случае размер страховой выплаты уменьшается на размер безусловной франшизы, установленной в договоре страхования).

10.8. В течение 15 (пятнадцати) календарных дней эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских и иных услуг для диагностирования или лечения заболевания и составляют страховой акт.

10.9. Страховая выплата производится в течение 10 (десяти) банковских дней после получения заключения эксперта и подписания сторонами страхового акта.

10.10. Предусмотренные договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим договорам страхования.

10.11. Страховщик вправе отказать в страховой выплате по следующим основаниям, если:

10.11.1. установлен факт передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения им медицинских и иных услуг;

10.11.2. Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования (состоянии здоровья Застрахованного на момент заключения договора страхования или на момент изменения условий договора страхования и др.);

10.11.3. Страхователь сообщил недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о страховом риске (п. 7.2 и п. 8.4.1 настоящих Правил);

10.11.4. Страхователь (Застрахованный) не известил Страховщика о существенных изменениях в риске (п. 8.4.4 и п. 8.5.5 настоящих Правил);

10.11.5. расходы, возникли по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия договора страхования и до момента выписки из стационара;

10.11.6. расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;

10.11.7. произошло нарушение Застрахованным сроков, предусмотренных договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования;

10.11.8. обращение в медицинское учреждение, не предусмотренную Программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если договором страхования не предусмотрено иное;

10.11.9. Страхователь (Застрахованный) не выполнил обязанностей, указанных в п. 8.4., п. 8.5. настоящих Правил;

10.11.10. сумма причиненного убытка не больше суммы франшизы, установленной по договору страхования;

10.11.11. свершившееся событие не признается страховым случаем и подпадает под перечень исключений согласно п. 3.4 и п. 3.5 настоящих Правил.

10.12. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня подачи заявления и представления необходимых документов.

## **11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

11.1. Споры, возникающие в процессе исполнения договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, разрешаются путем ведения переговоров. При невозможности достижения соглашения по спорным вопросам их решение передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном законодательством Кыргызской Республики.

11.2. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в течение срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Кыргызской Республики.

11.3. В случае если отдельные положения настоящих Правил будут признаны, в установленном законодательством Кыргызской Республики порядке, недействительными или вступят в противоречие с законодательством Кыргызской Республики, они применению не подлежат, остальные положения Правил сохраняют силу.

11.4. Все иные, не оговоренные настоящими Правилами условия, регулируются законодательством Кыргызской Республики.