

«УТВЕРЖДЕНО»

Протоколом заседания Правления №__
от «__» сентября 2018 г.

Председатель Правления
ЗАО «НСК»
Ким Л.Е.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

г. Бишкек

2019 г.

СОДЕРЖАНИЕ:

- 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
- 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**
- 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**
- 4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ**
- 5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**
- 6. ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА**
- 7. СРОК И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
- 10. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**
- 11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**
- 12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 13. ПРИМЕНИМОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**
- 14. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. В соответствии с условиями, предусмотренными в настоящих Правилах, ЗАО «НСК» (в дальнейшем – «Страховщик») заключает с физическими и юридическими лицами (независимо от форм собственности) договоры добровольного медицинского страхования, по условиям которых гарантирует покрытия расходов на медицинские услуги и медикаменты в медицинских учреждениях, предоставленных в объеме страховой медицинской программы.
- 1.2. Все приложения к настоящим правилам являются его неотъемлемой частью.
- 1.3. Страховая терминология:
- 1.3.1. Страховщик – лицо, осуществляющее страхование, то есть обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).
- 1.3.2. Страхователь – физическое или юридическое лицо, любой формы собственности, заключившее договор страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц и уплатившие страховую премию.
- 1.3.3. Застрахованный – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование.
- 1.3.4. Выгодоприобретатель – лицо, которое в соответствии с договором страхования или действующим законодательством Кыргызской Республики является получателем страховой выплаты;
- 1.3.5. Страховой случай – событие, с наступлением которого настоящие Правила и договор страхования предусматривают осуществление страховой выплаты;
- 1.3.6. Страховой период – срок действия договора страхования;
- 1.3.7. Страховая премия – сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Страхователю (выгодоприобретателю) в размере, определенном договором страхования.
- 1.3.8. Страховая выплата – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Страхователю в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая.
- 1.3.9. Страховая сумма – сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.
- 1.3.10. Страховой тариф – процентное выражение размера страховой премии.
- 1.3.11. Франшиза – предусмотренное условиями договора страхования освобождение Страховщика от возмещения убытков, не превышающих определенный размер. Остается на собственном удержании Страхователя.
- 1.3.12. Условная (невывчитаемая) франшиза – Страховщик освобождается от ответственности за ущерб, не превышающий установленной суммы франшизы и должен возместить ущерб полностью, если его размер больше суммы франшизы.
- 1.3.13. Безусловная (вычитаемая) франшиза – ущерб во всех случаях возмещается за вычетом установленной франшизы.
- 1.3.14. Территория страхования – территория, где имеет силу договор страхования.
- 1.4. Страховая документация:
- 1.4.1. Правила страхования – документ Страховщика, определяющий условия осуществления добровольного медицинского страхования.
- 1.4.2. Идентификационная страховая карточка Застрахованного – документ, дающий право на оказание медицинской помощи ее владельцу;
- 1.4.3. Заявление на страхование – форма установленного Страховщиком образца, на основании которой заключается договор страхования.

- 1.4.4. Договор страхования – документ, регламентирующий отношения между Страховщиком и Страхователем, порядок и сроки оплаты премии, а также количество Застрахованных.
- 1.5. Частные определения:
- 1.5.1. Медицинские учреждения – это лечебно – профилактические и иные учреждения, осуществляющие амбулаторное и стационарное лечение на основе государственной лицензии, выданной в соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики;
- 1.5.2. Стационарная помощь – предусматривает оказание медицинской помощи Застрахованному в условиях стационара при остром заболевании, обострении хронического заболевания, требующих медицинского вмешательства;
- 1.5.3. Срок госпитализации – период пребывания Застрахованного на стационарном лечении;
- 1.5.4. Амбулаторная помощь – предусматривает оказание медицинской помощи Застрахованному при его обращении в поликлинику к участковому врачу по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания;
- 1.5.5. Скорая помощь (неотложная медицинская помощь) – предусматривает оказание медицинской помощи при возникновении у Застрахованного угрожающих жизни состояний, вызванных острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, требующих неотложного медицинского вмешательства;
- 1.5.6. Заболевание – любые острые заболевания или травмы, за исключением хронических заболеваний вне стадии обострения;
- 1.5.7. Базовая медицинская помощь – это объем бесплатной медицинской помощи, оказываемой в соответствии с программой оказания медицинской помощи населению Кыргызской Республики;
- 1.5.8. Внебазовая медицинская помощь – это объем медицинской помощи, оказываемой населению медицинскими учреждениями на условиях совместных договоров со Страховщиком в рамках определенной медицинской программы.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный, медицинское учреждение.
- 2.2. Страховщик заключает в соответствии с настоящими Правилами договоры добровольного медицинского страхования.
- 2.3. Страхователями по договору страхования могут быть физические и юридические лица, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц – Застрахованных.
- 2.4. В случае, если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного, предусмотренные настоящими Правилами.
- 2.5. Застрахованным по настоящим Правилам, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо в возрасте от одного месяца до 65 лет.
- 2.6. Не осуществляется страхование граждан, которые на момент заключения договора:
- 2.6.1. состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных и кожно-венерических отделениях;
- 2.6.2. ВИЧ – инфицированы;
- 2.6.3. имеют злокачественные новообразования, в том числе онкогематологические;
- 2.6.4. являются инвалидами 1 и 2 групп;
- 2.6.5. госпитализированы.
- 2.7. Договоры страхования заключаются:
- без предварительного медицинского освидетельствования;
 - с предварительным медицинским освидетельствованием;

- с предоставлением амбулаторной карты.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 3.1. Объектом страхования являются непротиворечащие действующему законодательству Кыргызской Республики имущественные интересы, связанные с материальными затратами на оказание Застрахованному медицинской помощи при наступлении страхового случая.
- 3.2. Оценка ущерба определяется в соответствии с медицинскими и иными документами, предоставляемыми Страхователем/Застрахованным в соответствии с условиями настоящих Правил.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

- 4.1. Страховой суммой является сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.
- 4.2. Страховая сумма устанавливается в договоре страхования, но не может быть ниже суммы, установленной Страховщиком по конкретной медицинской программе.
- 4.3. При заключении договора страхования, размер страховой суммы определяется отдельно по амбулаторному и стационарному лечению.
- 4.4. Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с договором страхования.
- 4.5. Начисление страховой премии осуществляется согласно выбранной Страхователем (Застрахованным) категории медицинского страхования.
- 4.6. Размер страховой премии может быть изменен в связи с изменениями срока страхования и факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.
- 4.7. Страховая премия может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или уплачиваться в рассрочку. Порядок уплаты страховой премии определяется договором страхования:
 - 4.7.1. при коллективном страховании страховая премия может быть уплачена в рассрочку, но величина первого взноса не должна быть меньше 50% от общей суммы премии, если иное не предусмотрено договором страхования.
 - 4.7.2. при индивидуальном страховании страховая премия уплачивается единовременно.
- 4.8. Страховая премия/первый страховой взнос уплачивается путем перечисления денег на банковский счет Страховщика в течение 5 (пяти) банковских дней со дня подписания договора страхования уполномоченными представителями сторон либо наличными деньгами в кассу Страховщика при подписании договора страхования уполномоченными представителями сторон, если договором страхования не оговорено иное.
- 4.9. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменении ее стоимости, размер страховой премии и страховой суммы в рамках медицинской программы может быть изменен по соглашению сторон.
- 4.10. Страховщик с согласия Страхователя имеет право увеличить страховую сумму при наличии условий, определяющих увеличение затрат на медицинское обслуживание, при условии доплаты страховой премии.
- 4.11. Незрасходованная в течение срока действия договора страховая премия не возвращается.
- 4.12. За несвоевременную уплату страховой премии/первого или очередного страхового взноса Страхователь уплачивает неустойку в размере 0,1% от суммы начисленных, но не уплаченных платежей, за каждый день просрочки, если договором страхования не предусмотрено иное.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 5.1. Страховыми случаями являются события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату по счету, предоставленному медицинским учреждением.
- 5.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение или к частному врачу, входящих в медицинскую сеть Страховщика, за получением консультативной, профилактической, лечебной или иной помощи, связанной с состоянием здоровья Застрахованного и требующей оказания медицинской помощи.
- 5.3. Страховым случаем признается обращение Застрахованного в медицинское учреждение в течение срока действия договора страхования.
- 5.4. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские расходы застрахованных лиц, если эти медицинские услуги или медицинские учреждения не были предусмотрены в договоре страхования.

6. ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

- 6.1. По договору страхования могут быть оказаны следующие виды медицинской помощи:
 - 6.1.1. Амбулаторная помощь - включает консультации и другие профессиональные услуги врачей, проведение лабораторных исследований, стоматологическую помощь, помощь врача на дому.
 - 6.1.2. Стационарная помощь – включает консультации и другие профессиональные услуги врачей, проведение диагностических тестов, проведение лабораторных исследований, пребывание в палате стационара, питание, уход среднего медицинского персонала, пребывание в отделении интенсивной терапии, использование операционной и послеоперационной палат, услуги, обычно предоставляемые стационарным учреждением, лечебные манипуляции, анестетики и их введение, проведение реабилитационных мероприятий, предписанных лечащим врачом и необходимых для восстановления после заболевания.
 - 6.1.3. Неотложная медицинская помощь - включает в себя выезд бригады неотложной медицинской помощи, лечебные манипуляции, а также перевозку и госпитализацию Застрахованного.
- 6.2. Оплата медицинских расходов Застрахованного производится по следующим показаниям:
 - 6.2.1. Экстренные показания:
 - болевые симптомы, ожоги и травмы, шоковые состояния;
 - лихорадочное состояние (высокая температура тела), судороги, потеря сознания, удушье;
 - симптомы изменения артериального давления.
 - 6.2.2. Диагностические показания:
 - комплекс мероприятий, необходимый для постановки диагноза (лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, клиническое обследование).
 - 6.2.3. Лечебные показания:
 - комплекс мероприятий, необходимый для лечения Застрахованного с установленным диагнозом.
 - 6.2.4. Профилактические показания:
 - комплекс мероприятий, необходимый для предотвращения возможных заболеваний и профилактике установленных (вакцинации, профилактические осмотры).
 - 6.2.5. Обслуживание на дому:

- доступ к сети семейных врачей и медицинских сестер, обслуживающих на дому.
- 6.3. Страховщик не возмещает расходы, если иное не установлено договором страхования, связанные со следующими заболеваниями (и/или их осложнениями) и услугами:
- 6.3.1. травмы, ожоги или отравления Застрахованного, полученные:
- 1) в состоянии или в результате алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - 2) в связи с управлением Застрахованным транспортным средством без соответствующего права, а также передачей им управления транспортным средством лицу, не имеющему соответствующего права управления транспортным средством;
 - 3) в результате покушения на самоубийство (кроме случаев, когда договор страхования действовал не менее двух лет) или умышленных действий, направленных на наступление страхового случая;
 - 4) в результате военных действий, народных волнений или активного участия Застрахованного в общественных беспорядках;
- 6.3.2. пластические, ортопедические операции, косметологическое лечение и другие виды лечения, связанные с устранением недостатков внешности или телесных аномалий;
- 6.3.3. криминальные роды и аборты;
- 6.3.4. наследственные заболевания;
- 6.3.5. психические заболевания и их осложнения;
- 6.3.6. злокачественные новообразования, заболевания крови онкогематологической природы и их осложнения;
- 6.3.7. туберкулез и саркоидоз, независимо от клинической формы и стадии процесса;
- 6.3.8. хронические заболевания, кроме случаев их обострения;
- 6.3.9. профессиональные заболевания, острые и хронические лучевые поражения;
- 6.3.10. трансплантация органов и тканей.
- 6.4. Решение об отказе в оплате лечения принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения Медицинского учреждения в сроки и в порядке, предусмотренными настоящими Правилами.
- 6.5. При несогласии Застрахованного с решением экспертной комиссии, отказ Страховщика в оплате лечения может быть оспорен в суде в порядке, предусмотренном действующим законодательством Кыргызской Республики.

7. СРОК И ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Договор страхования заключается обычно на 1 год и вступает в силу:
- 7.1.1. при уплате страховой премии наличными деньгами – со дня, следующего за днем поступления денег в кассу Страховщика;
 - 7.1.2. при уплате страховой премии путем перечисления - со дня, следующего за днем поступления денег на банковский счет Страховщика.
- 7.2. При уменьшении срока страхования размер страховой премии и ответственности Страховщика уменьшаются:

Срок страхования	Процент от страховой премии
до 2 месяцев	30
3	40
4	50
5	60
6	70
7	75
8	80
9	85

10	90
11	95
12	100

7.3. Территорией страхования является территория Кыргызской Республики, если иное не предусмотрено договором страхования.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Для заключения договора медицинского страхования Страхователь (Застрахованный) оформляет Заявление на медицинское страхование, являющееся составной и неотъемлемой частью договора страхования.

8.2. В заявлении на страхование должны быть указаны:

8.2.1. наименование/фамилия, имя и отчество, место нахождения/адрес, телефон, банковские реквизиты Страхователя;

8.2.2. фамилия, имя и отчество, дата рождения, полный адрес и телефон Застрахованного;

8.2.3. количество застрахованных лиц;

8.2.4. наименование страховой медицинской программы;

8.4.4. срок, на который заключается договор страхования;

8.4.5. иные реквизиты, позволяющие судить о степени риска.

8.3. До заключения договора страхования, лицо, в пользу которого заключается договор страхования, заполняет заявление-анкету о состоянии своего здоровья и/или проходит медицинское освидетельствование за счет средств Страхователя.

8.4. На основании полученных данных Страховщик принимает решение о заключении договора страхования.

8.5. Для оформления договора страхования Страховщиком могут быть затребованы дополнительные документы, подтверждающие данные, указанные в Заявлении на медицинское страхование и характеризующие степень риска.

8.6. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае (в период действия договора страхования) возместить расходы, связанные с оказанием Застрахованному медицинских услуг в Медицинском учреждении, где Застрахованный получил медицинскую помощь, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные договором строки.

8.7. Договор страхования может содержать и другие условия страхования, определяемые по соглашению сторон, непротиворечащим настоящим Правилам и действующему законодательству Кыргызской Республики.

8.8. В течение 1 (одного) рабочего дня, начиная со дня уплаты страховой премии, Страховщик выдает Страхователю Идентификационную страховую карточку на каждого Застрахованного. Застрахованному запрещается передавать именную страховую карточку другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования.

8.9. Коллективный договор медицинского страхования заключается с юридическим лицом в пользу членов трудового коллектива, членов их семей.

8.10. При увольнении члена трудового коллектива Страхователь вправе прекратить действие договора страхования в отношении уволенного лица или заменить его при условии, что выплаты по нему не осуществлялись.

8.11. Для вновь застрахованных сотрудников заключается дополнительное соглашение к договору страхования.

8.12. В случае утраты Страхователем Идентификационной страховой карточки, он должен в течение 3 (трех) рабочих дней сообщить об этом Страховщику в письменном виде, после чего утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг, взамен

Страхователю выдается новый. При повторной утрате в течение срока действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается стоимость ее изготовления.

- 8.13. При заключении договора страхования Застрахованный освобождает врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. В период действия договора страхования **Страхователь имеет право:**

- 9.1.1. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях;
- 9.1.2. осуществлять контроль за выполнением условий договора медицинского страхования;
- 9.1.3. в течение срока действия договора страхования расширить перечень медицинских услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня следующего за днем поступления страховой премии.
- 9.1.4. сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления ему медицинских услуг;
- 9.1.5. досрочно расторгнуть договор страхования с обязательным письменным уведомлением Страховщика не позднее, чем за 30 дней до даты предполагаемого расторжения;
- 9.1.6. требовать у Страховщика выдачи дубликата Идентификационной страховой карточки в случае ее утраты Застрахованным лицом;
- 9.1.7. застраховать дополнительное количество лиц или прекратить действие договора страхования в отношении части застрахованных лиц.

9.2. **Страховщик имеет право:**

- 9.2.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора;
- 9.2.2. выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи по договорам добровольного медицинского страхования и заключать с ними договоры на предоставление медицинских услуг;
- 9.2.3. устанавливать размер страховой премии в соответствии со своими тарифами;
- 9.2.4. изменять размер страховой премии в случае изменения стоимости медицинских услуг в период действия договора страхования с уведомлением Страхователя за 15 рабочих дней;
- 9.2.5. до принятия на страхование потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного и предоставления документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного;
- 9.2.6. в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами, отказать в заключении договора страхования на основании результатов предварительного анкетирования и предварительного медицинского обследования;
- 9.2.7. в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами, досрочно расторгнуть договор страхования;
- 9.2.8. отказать в осуществлении страховой выплаты в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами;
- 9.2.9. в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами, расторгнуть договор в случае, если обнаружится, что Страхователь сообщил заведомо недостоверные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования, а также в случае передачи Идентификационной страховой карточки третьему лицу. При этом, страховщик несет ответственность за

- неполноту условий, подлежащих указанию в договоре страхования и в случае возникновения спора по договору страхования вследствие неполноты отдельных его условий спор решается в пользу Страхователя;
- 9.2.10. в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами, расторгнуть договор страхования в случае неуплаты Страхователем страховой премии;
 - 9.2.11. не оплачивать медицинские услуги, оказанные Страхователю, если они получены в Медицинских учреждениях, не оговоренных договором страхования, если иное не оговорено в договоре страхования;
 - 9.2.12. не оплачивать медицинские услуги, если Страхователями не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим (при этом решение об отказе принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения медицинского учреждения).
 - 9.2.13. в случае если медицинское учреждение, выбранное Страхователем, прекращает свою деятельность, Страховщик имеет право изменить договор страхования в отношении данных Застрахованных в части определения другого медицинского учреждения с аналогичным уровнем цен на медицинские услуги. В случае несогласия Страхователя Страховщик расторгает Договор и возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в соответствии с условиями настоящих Правил.
 - 9.2.14. предъявлять требования к Страхователю (Застрахованному) на сумму оплаченных Страховщиком услуг, если эти расходы не подлежали возмещению Страховщиком в соответствии с настоящими Правилами.
- 9.3.Страхователь обязан:**
- 9.3.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного;
 - 9.3.2. в период действия Договора сообщать Страховщику достоверную информацию, имеющую значение для определения степени риска;
 - 9.3.3. уплачивать страховую премию в сроки, определенные договором страхования;
 - 9.3.4. обеспечить сохранность страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
 - 9.3.5. при наступлении страхового случая в течение 3 рабочих дней, если иное не предусмотрено в договоре страхования, известить об этом Страховщика любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения;
 - 9.3.6. во всех случаях прекращения договора страхования возвращать Страховщику идентификационную страховую карточку, переданную Страховщиком, действие которой прекращается с момента прекращения договора страхования.
- 9.4.Страховщик обязан:**
- 9.4.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования;
 - 9.4.2. выдать Застрахованному экземпляр договора страхования и Идентификационную страховую карточку установленной формы;
 - 9.4.3. в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента предоставления всех необходимых документов принять решение об осуществлении страховой выплаты и осуществить страховую выплату или принять решение об отказе в осуществлении страховой выплаты и направить Страхователю письменное мотивированное уведомление;
 - 9.4.4. контролировать объем и качество оказываемой Застрахованному медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования и в рамках выбранной программы добровольного медицинского страхования;
 - 9.4.5. защищать интересы Застрахованного, связанные с медицинским обслуживанием;
 - 9.4.6. соблюдать конфиденциальность отношений со Страхователем;

- 9.4.7. обеспечить предоставление медицинских услуг Застрахованному в другом медицинском учреждении при отсутствии возможности оказания медицинской помощи Застрахованному в указанном в страховой медицинской программе медицинском учреждении.

10. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

При наступлении страхового случая Страхователь/Застрахованный обязан:

- 10.1. Обратиться в Медицинское учреждение, указанное в договоре страхования и предъявить Идентификационную страховую карточку и документ, удостоверяющий личность.
- 10.2. Страхователь/Застрахованный обязан незамедлительно, но в любом случае не позднее 3 (трех) рабочих дней сообщить Страховщику о страховом случае любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения.
- 10.3. В случае невозможности незамедлительного извещения Страховщика о страховом случае по причине состояния здоровья Страхователя/Застрахованного либо по другим причинам, в последующем подтвержденным соответствующими документами компетентных органов и признанным Страховщиком уважительными, считается, что о страховом случае извещено надлежащим образом.
- 10.4. В случае, если расходы за медицинские услуги были оплачены Страхователем/Застрахованным самостоятельно, для получения страховой выплаты Страхователь/Застрахованный должен представить Страховщику следующие документы:
 - а) заявление о страховом случае;
 - б) договор страхования, Идентификационную страховую карточку;
 - в) выписку из истории болезни стационарного больного, листки нетрудоспособности; при необходимости – историю болезни и медицинское заключение лечащего врача;
 - г) оригиналы счетов из медицинского учреждения (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием перечня, даты и стоимости оказанных услуг и итоговой суммы к оплате;
 - д) оригиналы направлений врача на прохождение лабораторных исследований;
 - е) оригиналы рецептов, связанных со страховым случаем и выписанных лечащим врачом, со штампом аптеки, а также чеком об оплате с указанием стоимости каждого приобретенного медикамента.
- 10.5. В любом случае Страховщику должны быть представлены оригиналы или удостоверенные уполномоченным лицом копии всех документов, необходимых для принятия решения об осуществлении страховой выплаты или об отказе в осуществлении страховой выплаты.

11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 11.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в размере затрат на оказание медицинских услуг в пределах страховой суммы медицинскому учреждению либо Страхователю/Застрахованному, если расходы за медицинские услуги были оплачены им самостоятельно.
- 11.2. В случае, если расходы за медицинские услуги были оплачены Страхователем/Застрахованным самостоятельно, для получения страховой выплаты Страхователь/Застрахованный обязан предъявить Страховщику документы, необходимые для принятия решения об осуществлении страховой выплаты или об отказе в страховой выплате в соответствии с условиями настоящих Правил.

- 11.3. В случае если оказанная медицинская помощь выходит за рамки выбранной Страхователем/Застрахованным категории страхования, то Страховщик освобождается от обязанности оплаты за оказанную медицинскую помощь.
- 11.4. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если Страхователь/Застрахованный:
 - 11.4.1. при заключении договора страхования сообщил Страховщику заведомо недостоверные сведения о здоровье Застрахованного. При этом, достоверность указанных сведений не могла быть установлена при предварительном медицинском освидетельствовании, которое проводилось в соответствии с условиями настоящих Правил;
 - 11.4.2. своевременно не известил о страховом случае;
 - 11.4.3. не представил в установленный настоящими Правилами или договором срок необходимые документы и сведения;
 - 11.4.4. передал свою Идентификационную страховую карточку третьим лицам с целью получения ими медицинской помощи;
- 11.5. Также страховая выплата не осуществляется в следующих случаях:
 - 11.5.1. если Застрахованный получил медицинские услуги по собственной инициативе в медицинских учреждениях, неоговоренных договором страхования, если иное не оговорено в договоре страхования;
 - 11.5.2. 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 Страховщика на основании заключения медицинского учреждения.
- 11.6. За несвоевременное осуществление страховой выплаты Страховщик выплачивает выгодоприобретателю неустойку в соответствии со ст.957 Гражданского кодекса Кыргызской Республики.

12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 12.1. Договор страхования прекращается в случаях:
 - 12.1.1. истечения срока его действия;
 - 12.1.2. ликвидации Страхователя в порядке, установленном действующим законодательством Кыргызской Республики;
 - 12.1.3. принятия решения судом о признании договора страхования недействительным;
 - 12.1.4. по требованию одной из Сторон в случае нарушения условий договора страхования другой Стороной;
 - 12.1.5. при осуществлении страховой выплаты по первому наступившему страховому случаю, если договором страхования не оговорено иное.
- 12.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению Сторон.
- 12.3. О намерении досрочного прекращения договора страхования Стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения договора.
- 12.4. В случае досрочного расторжения договора страхования по требованию Страхователя Страховщик возвращает ему уплаченные им страховые премии за неистекший период действия договора за вычетом понесенных расходов, которые составляют 25% от суммы страховой премии. В случаях, когда досрочное прекращение договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возратить Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью.
- 12.5. При досрочном расторжении Договора по требованию Страховщика он возвращает Страхователю уплаченные им страховые премии за неистекший период действия договора за вычетом понесенных расходов, которые составляют 25 % от

суммы страховой премии. Если требования Страховщика обусловлены неисполнением или ненадлежащим исполнением Страхователем условий договора страхования, то он не возвращает Страхователю уплаченные им страховые премии.

12.6. По согласованию сторон Договор страхования может быть пролонгирован на следующий срок при условии уведомления одной из Сторон об этом за 30 (тридцать) дней и уплаты страховой премии.

13. ПРИМЕНИМОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

13.2. Споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленным действующим законодательством Кыргызской Республики.

14. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

14.1. Если Страховщиком заключены договоры о сотрудничестве с медицинскими учреждениями, предоставляющими одинаковые медицинские услуги, но на разном качественном уровне (используется высококачественная медицинская техника, новейшие медицинские технологии, врачи, имеющие более высокий уровень квалификации), который определяет стоимость лечения и предоставления иных медицинских услуг, в условиях страхования могут быть включены варианты предоставления одинаковых медицинских услуг разными медицинскими учреждениями, дифференцированными по указанным выше признакам, на условиях уплаты Страхователем разных страховых премий (взносов).