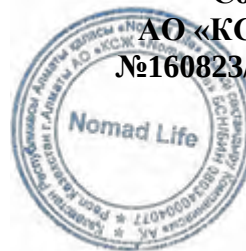


	Экземпляр № 1	Издание 1
	Введено в действие с «01» сентября 2023 г.	стр. 1 из 21

Пр-ДКС-04 Правила добровольного страхования жизни с телемедициной

Утверждены решением
Совета директоров
АО «КСЖ «Nomad Life»
№160823/1 от 16.08.2023 г.



Правила добровольного страхования жизни с телемедициной

Пр-ДКС-04

г. Алматы

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

Глава 1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (далее – Правила) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан (далее – ГК РК), Законом Республики Казахстан «О страховой деятельности» (далее – Закон) и другими нормативными правовыми актами Республики Казахстан и содержат типовые условия заключения договора страхования.

1.2. Правила определяют порядок и условия осуществления страхования жизни, на случай болезни и от несчастных случаев заемщиков банков и иных кредитных организаций.

1.3. При заключении договора страхования данный договор страхования считается заключенным страхователем на предложенных страховщиком условиях с даты уплаты страхователем страховой премии в соответствии с п. 5.1. Правил.

Глава 2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах

В Правилах используются следующие основные понятия:

1) **Страховщик** – лицо, осуществляющее страхование, то есть обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор страхования (Выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).

Страховщиком может быть только юридическое лицо, зарегистрированное в качестве страховой организации и имеющее лицензию на право осуществления страховой деятельности.

Применительно к Правилам Страховщик – акционерное общество «Компания по страхованию жизни «Nomad Life».

2) **Кредитная организация** – банк, организация, осуществляющая отдельные виды банковских операций - имеющая лицензию уполномоченного государственного органа на предоставление займов в денежной форме либо иная организация, имеющая право на предоставление кредитов в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

3) **Страхователь** – лицо, заключившее Договор страхования со Страховщиком.

4) **Застрахованный** – физическое лицо, в отношении которого осуществляется страхование. Застрахованным в соответствии с Правилами является заемщик – клиент банка либо иной кредитной организации, заключивший с ней Договор займа. Возраст Застрахованного по истечении срока действия страховой защиты не должен превышать 70 лет, если иное не установлено договором страхования.

5) **Выгодоприобретатель** – лицо, которое в соответствии с Договором страхования является получателем страховой выплаты.

6) **Договор займа** – соглашение, согласно которому одна сторона (займодаделец) передает или обязуется передать другой стороне (заемщику) деньги, а заемщик обязуется своевременно возратить займодателю такую же сумму с выплатой вознаграждения, в размере, порядке и сроках, определенных Договором займа.

7) **Договор страхования** - сделка, основанная на согласованной воле двух сторон, в соответствии с которой одна сторона (страхователь) обязуется уплатить страховую премию, а другая сторона (страховщик) обязуется при наступлении страхового случая осуществить страховую выплату страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен договор (выгодоприобретателю), в пределах определенной договором суммы (страховой суммы).

8) **Страховой полис** – письменная форма заключения договора страхования путем присоединения страхователя к правилам страхования, разработанным страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и оформления страховщиком страхователю страхового полиса.

9) **Страховая сумма** - сумма денег, на которую застрахован объект страхования и которая представляет собой предельный объем ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.

10) **Страховая премия** - сумма денег, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику за принятие последним обязательств произвести страховую выплату Страхователю (Выгодоприобретателю) в размере, порядке и сроках, определенных Договором страхования.

11) **Страховая выплата** - сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Страхователю (Выгодоприобретателю) в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая, определенного в Договоре страхования.

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

13) **Несчастный случай** – наступившее вопреки воле человека внезапное, кратковременное событие (происшествие) в результате внешнего механического, электрического, химического или термического воздействия на организм Застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть.

Под несчастным случаем понимается также противоправное действие третьих лиц в отношении Застрахованного, повлекшее за собой вред здоровью, увечье либо смерть Застрахованного.

Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических и наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт и прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития заболевания).

14) **Инвалидность** – степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, устанавливаемая уполномоченным государственным органом в области социальной защиты населения.

15) **Объект страхования** – объектом страхования являются не противоречащие законодательству имущественные интересы Застрахованного (заемщика), связанные с причинением вреда его жизни и здоровью в результате несчастного случая, а также в связи с заболеванием или иным расстройством здоровья.

16) **Ассистанс** – юридическое лицо, которое на основании Договора со Страховщиком принимает на себя обязательство от имени Страховщика осуществлять организацию, координацию, учет и контроль предоставления Застрахованным дистанционных медицинских услуг, предусмотренные договором страхования и медицинской программой страхования, а также контроль за надлежащим качеством и объемом предоставляемой медицинской помощи.

17) **Дистанционные медицинские услуги (телемедицина)** – предоставление медицинских услуг в целях диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок посредством цифровых технологий, обеспечивающее дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с Застрахованными, идентификацию указанных лиц, а также документирование совершаемых ими действий.

18) **Сервис** - онлайн-сервис/платформа для предоставления Застрахованным дистанционной медицинской услуги врачами Медицинских организаций в режиме реального времени с использованием персонального компьютера и (или) мобильного устройства, с помощью сайта и приложения для мобильных устройств.

19) **Медицинская программа страхования** – перечень и порядок оказания Застрахованному дистанционных медицинских услуг в рамках договора страхования и Правил.

20) **Медицинская организация** - юридическое лицо, обладающее необходимыми в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан или иных государств лицензиями и иного рода разрешениями на осуществление необходимых видов медицинской деятельности, заключившее договор с Ассистансом и оказывающее услуги Застрахованным. Медицинские организации образуют Медицинскую сеть Ассистанса. К медицинским организациям, зарегистрированным на территории иных государств, для осуществления медицинской деятельности применяются соответствующие законодательные требования страны регистрации.

21) **Врач** - специалист с зарегистрированным высшим медицинским образованием, имеющий сертификат специалиста по соответствующей специальности (педиатр, терапевт или узкопрофильный специалист), осуществляющие медицинскую деятельность в составе соответствующей Медицинской организации и оказывающий медицинскую помощь Застрахованному с использованием Сервиса.

22) **Медицинская помощь** - комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, поддержание и восстановление здоровья Застрахованного;

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

Глава 3. Перечень страховых случаев

3.1. Перечень страховых случаев определяется Договором страхования. В соответствии с Правилами страховым случаем по Договору страхования, за исключением ограничений, указанных в Главе 8 Правил, может быть:

1) смерть Застрахованного, наступившая в период действия страховой защиты, в том числе по причине острой инфекции дыхательных путей и/или коронавирусной инфекции Covid-19;

2) установление Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая произошедшего в период действия страховой защиты;

3) заболевание или иное расстройство здоровья Застрахованного.

3.2. Событие, указанное в п. 3.1. настоящей главы признается страховым случаем, только если оно произошло в период действия Договора страхования и непосредственно повлекло наступление смерти Застрахованного, установление Застрахованному инвалидности либо заболевание или иное расстройство здоровья Застрахованного.

Глава 4. Порядок заключения Договора страхования

4.1. Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с Правилами.

4.2. Договор страхования заключается путем присоединения Страхователя к Правилам, которые разработаны Страховщиком в одностороннем порядке (договор присоединения), и оформления Страховщиком Страхователю страхового полиса.

Договор страхования заключается:

1) на бумажном носителе - на основании заявления, подписанного Страхователем;

2) в электронной форме путем обмена электронными информационными ресурсами между Страхователем и Страховщиком, Страховой полис формируется на интернет-ресурсе партнера и (или) Страховщика. При заключении Договора страхования в

электронной форме - страховой полис оформляется на основании заполненного Страхователем заявления на страхование в электронной форме, содержащего в том числе:

- согласие Страхователя на сбор и обработку персональных данных;
- согласие об ознакомлении с условиями Правил, в том числе с суммой страховой премии по Страховому полису;
- согласие Страхователя на предоставление информации третьими лицами в связи с необходимостью заключения договора страхования, а также при наступлении страховых событий и/или страховых случаев для принятия решения об осуществлении либо об отказе в осуществлении страховой выплаты.

В случае, если Застрахованный не совпадает со Страхователем, то Договор страхования заключается с согласия Застрахованного на основании предоставленного Страхователем Страховщику заявления на страхование по форме, установленной Страховщиком, с приложением документа, удостоверяющего личность Страхователя, Застрахованного и Выгодоприобретателя. В данном случае Договор страхования не может быть оформлен электронным способом.

4.3. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить в заявлении на страхование известные ему сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Существенными признаются сведения, определенно указанные в заявлении на страхование.

4.4. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 4.3. Правил, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь (Застрахованный), уже отпали.

4.5. Если Договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя (Застрахованного) на какие-либо вопросы Страховщика, последний не может впоследствии требовать расторжения Договора страхования либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем (Застрахованным).

4.6. Договор страхования не заключается с лицами: указанными в перечне террористов и (или) ФРОМУ¹, отбывающими наказание за совершение уголовных преступлений в исправительно-трудовых учреждениях, с лицами находящимися в СИЗО² под следствием, с группой инвалидности, страдающими системными, психическими расстройствами и расстройствами поведения, онкологическими, тяжелыми неврологическими заболеваниями или заболеваниями системы кровообращения, сахарным диабетом, СПИДом, являющимися носителями ВИЧ-инфекции, достигшими возраста 70 (семьдесят) лет или возраст которых достигнет 70 лет в период действия договора страхования.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Договор страхования заключен с лицом, указанным в данном пункте, Страховщик вправе досрочно расторгнуть договор страхования и осуществить возврат Страхователю уплаченной им страховой премии.

При совпадении Застрахованного с перечнем террористов и (или) ФРОМУ, страховые премии не подлежат возврату.

¹ ФРОМУ - Перечень организаций или физических лиц, в отношении которых имеются сведения об их причастности к финансированию распространения оружия массового уничтожения.

² СИЗО – следственный изолятор.

4.7. После вступления Договора страхования в силу заявление на страхование, приложения к Договору страхования (при наличии) и иные документы, указанные в Правилах, будут являться неотъемлемой частью Договора страхования.

Глава 5. Срок и место действия договора страхования

5.1. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для сторон с даты, установленной Договором страхования. Страховая защита по Договору страхования наступает с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления суммы страховой премии на банковский счет Страховщика, если иное не установлено Договором страхования.

5.2. Договор страхования действует в течение срока, указанного в нем (в оформленном Страховщиком Страховом полисе, и прекращает свое действие с момента осуществления страховой выплаты (выплат) по первому наступившему страховому случаю и исполнением в связи с этим обязательств сторон по данному договору либо истечением срока его действия.

5.3. Договор страхования может действовать как на территории Республики Казахстан, так и за ее пределами, а именно:

Весь мир, за исключением следующих территорий:

- территории государств, в пределах которых ведутся военные действия, террористические акты и (или) антитеррористические операции;
- государства, в отношении которых применены военные санкции;
- территории, в пределах которых обнаружены и признаны очаги эпидемий;
- территории государств, выезд в которые официально не рекомендован МИД Республики Казахстан.

5.4. Датой заключения договора страхования является дата, указанная в договоре страхования.

Глава 6. Страховая премия и порядок её оплаты

6.1. Страховая премия уплачивается Страхователем на условиях, предусмотренных Правилами после ознакомления страхователя с условиями Правил.

6.2. Страховая премия уплачивается единовременно не позднее даты заключения договора страхования.

6.3. Оплатив страховую премию Страхователь тем самым подтверждает:

- свое ознакомление и согласие с условиями настоящих Правил;
- свое согласие Страховщику на сбор, обработку и предоставление информации о нем, содержащей сведения, относимые к его персональным данным, в организацию по формированию и ведению базы данных с государственным участием, с которой поставщиком информации заключен договор о предоставлении информации;
- свое согласие Страховщику на выдачу страхового отчёта о нем, в том числе содержащего сведения, относимые к своим персональным данным, из организации по формированию и ведению базы данных с государственным участием, включая данные, которые поступят в будущем;
- свое согласие с тем, что предоставленные сведения для заключения договора страхования будут являться неотъемлемой частью страхового полиса, и если какое-либо сведение будет заведомо ложным, Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты.

Глава 7. Страховая сумма. Размер, порядок и условия осуществления страховой выплаты.

7.1. Размер страховой суммы определяется на основании предоставленного Страхователем Страховщику заявления на страхование и указывается в Договоре страхования.

7.2. Размер страховой выплаты не может превышать размера страховой суммы по Договору страхования. При этом суммы вознаграждения за пользования займом, пени, неустоек, штрафов за неуплату или несвоевременную уплату Застрахованным платежей по Договору займа в размер страховой выплаты не включаются.

7.3. При наступлении страхового случая смерть Застрахованного с учетом ограничений, указанных в Главе 8 Правил страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю единовременно в размере фактической задолженности по основному долгу Застрахованного перед Кредитной организацией на дату смерти, но не свыше размера страховой суммы, указанной в Договоре страхования.

7.4. При наступлении страхового случая установление Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая с учетом ограничений, указанных в Главе 8 Правил на определенный срок, страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю в течение установленного Застрахованному срока инвалидности в виде периодических платежей, размер и порядок выплаты которых соответствует графику платежей по основному долгу по Договору займа, заключенному между Застрахованным и Банком, но не более срока действия договора страхования. Совокупный размер страховых выплат не должен превышать размеров установленных Договором страхования.

7.5. Страховщик вправе в любое время заменить осуществление страховой выплаты в виде периодических платежей на единовременную страховую выплату, размер которой соответствует суммарному значению страховых выплат, подлежащих выплате согласно 7.4. настоящей статьи, на срок, не превышающий срок инвалидности, установленной Застрахованному.

7.6. В случае установления/продления Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая бессрочно, страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю единовременно, в размере, указанном в пункте 7.4. настоящей статьи, но не превышающем размера фактической задолженности по основному долгу Застрахованного перед Банком на дату установления Застрахованному инвалидности.

7.7. В случае переосвидетельствования Застрахованного, Страховщик продолжает осуществление страховых выплат в течение нового срока инвалидности в порядке, установленном настоящей главой.

При этом, размер страховой выплаты, с учетом ранее выплаченных сумм, суммарно не может превышать совокупного размера страховых выплат предусмотренных в пункте 7.4. настоящей главы.

7.8. Решение об осуществлении страховой выплаты либо отказе в ней по наступившему страховому случаю принимается в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов, предусмотренных Главой 10 Правил. При переосвидетельствовании Застрахованного Страховщик не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты получения заявления об осуществлении страховой выплаты, с приложением справки о продлении срока инвалидности Застрахованного, принимает решение о продолжении осуществления страховой выплаты или отказе в ней.

Страховщик вправе проверять информацию по страховым случаям и при необходимости направлять запросы в соответствующие уполномоченные органы, в этом случае принятие решения об осуществлении страховой выплаты либо отказе в ней приостанавливается до получения ответа уполномоченного органа.

7.9. Страховая выплата производится путем перечисления на банковский счет Выгодоприобретателя в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия положительного решения.

7.10. Решение об отказе в осуществлении страховой выплаты сообщается Страхователю и Выгодоприобретателю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа, в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты принятия решения об отказе в осуществлении страховой выплаты.

7.11. Страховщик вправе прекратить осуществление страховой выплаты, о чем уведомляет Страхователя, Застрахованного и Выгодоприобретателя, в случае реабилитации Застрахованного и прекращения у него инвалидности.

7.12. Страховая выплата по страховому случаю, связанному с заболеванием или иным расстройством здоровья Застрахованного осуществляется Страховщиком в виде предоставления Застрахованному доступа к сервису Ассистанса и оплаты стоимости услуг Ассистанса за предоставление доступа Застрахованного к дистанционным медицинским услугам (телемедицине).

Размер страховой суммы по договору страхования уменьшается на размер страховой выплаты, произведенной Страховщиком по страховому случаю «заболевание или иное расстройство здоровья Застрахованного».

Глава 8. Исключение из страховых случаев и ограничение страхования

8.1. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты по основаниям, предусмотренным Правилами и договором страхования, а также если событие, имеющие признаки страхового случая, наступило прямо или косвенно вследствие:

- 1) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 2) военных действий;
- 3) гражданской войны, народных волнений всякого рода, террористических актов, массовых беспорядков или забастовок;
- 4) умышленных действий Страхователя, Застрахованного и/или Выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательством Республики Казахстан направленными на возникновение страхового случая либо способствующих его наступлению, за исключением действий, совершенных в состоянии необходимой обороны и крайней необходимости;
- 5) действий Страхователя, Застрахованного и/или Выгодоприобретателя, признанных в установленном законодательными актами порядке умышленными преступлениями или административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;
- 6) задержания, ареста или заключения Застрахованного, или во время отбытия им срока лишения свободы (при наличии подтверждающих документов);
- 7) алкоголизма, состояния алкогольного опьянения, в том числе управления транспортным средством в состоянии алкогольного/наркотического/токсического опьянения, употребления Застрахованным наркотических средств или психоактивных веществ, за исключением употребления лекарств, предписанных квалифицированным врачом медицинского учреждения (при наличии заключения соответствующих органов);
- 8) занятий Застрахованным профессиональным спортом или опасными видами спорта (зимние, подводные, конные, авиационные, силовые виды спорта, парашютный и горнолыжные виды спорта, скалолазание, альпинизм, дельтапланеризм, боевые единоборства, охота, лодочные гонки по бурным потокам) либо тренировок такого типа;

9) участия в мероприятиях, связанных с гонками, испытаниями, включая тренировочные поездки, в качестве водителя, второго водителя или пассажира моторизованного транспортного средства, целью которых является достижение максимальной скорости;

10) участия в различных мероприятиях (соревнованиях, шоу-программах), выполнения трюков или тренировок, связанных с риском для жизни;

11) полета на летательных аппаратах, в том числе дельтапланах, парашютах, за исключением полета в качестве пассажира на пассажирских воздушных судах лицензируемой авиакомпании;

12) умышленного причинения Застрахованному самому себе телесных повреждений (при наличии подтверждающих документов);

13) самоубийства Застрахованного (попытки самоубийства), если к этому времени Договор страхования действовал менее двух лет;

14) исполнения Застрахованным трудовых (служебных) обязанностей, связанных с риском для жизни и здоровья, в химической, биологической, горнодобывающей, нефтегазодобывающей, металлургической промышленности, в том числе связанных с производством готовых металлических изделий, с работой на высоте и других отраслях повышенной опасности (подрывники, водолазы, летный состав, электрики высоковольтных линий, работники службы пожаротушения, службы безопасности, кадровые работники национальной безопасности, а также военнослужащие и полицейские);

15) приведших к смерти вследствие: любых форм острых, хронических и/или наследственных заболеваний системы кровообращения, нервной систем, психических заболеваний, системных заболеваний, сахарного диабета и их осложнений, заболеваний печени и/или почек с хронической печеночной и/или почечной недостаточностью, варикозного расширения вен пищевода, любых онкологических заболеваний, гипогликемических состояний и тиреотоксикоза, туберкулеза, имевших место на момент заключения Договора страхования или установленных в течение первых 3 (трех) месяцев с даты начала срока действия Договора страхования, а также любого острого состояния/заболевания, возникшего на фоне сахарного диабета, имевшегося на момент приема на страхование;

16) любых форм острых, хронических и (или) наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт, прочие внезапные поражения органов, вызванные наследственной патологией и (или) патологией в результате развития заболевания), грыж и (или) иных расстройств здоровья Застрахованного, приведших к установлению инвалидности.

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

1) сообщения Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений о Застрахованном, его состоянии здоровья, страховом риске, страховом случае и его последствиях (при наличии подтверждающих документов);

2) воспрепятствования Страхователем Страховщику в расследовании обстоятельств наступления страхового случая;

3) неуведомления Страховщика о наступлении страхового случая в течение 60 (шестидесяти) календарных дней со дня его наступления, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая;

4) если несчастный случай с Застрахованным произошел в период, когда страховая защита по Договору страхования не действовала.

5) если при заключении договора страхования Застрахованный скрыл сведения, предусмотренные в пункте 4.6. Правил, независимо от причин наступления страхового случая;

6) не предоставление Страховщику документов, подтверждающих причину смерти Застрахованного, и (или) не установление причины смерти Застрахованного, в том числе отказ от проведения патологоанатомического вскрытия на основании письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни.

8.3. Заключение Договора страхования с лицом, указанным в пункте 4.6. Правил не влечет за собой обязательств Страховщика в части предоставления страховой защиты и осуществления страховой выплаты при наступлении страхового случая в отношении такого лица и является основанием для отказа Страховщиком в осуществлении страховой выплаты.

8.4. Помимо исключений, указанных в настоящей статье, основанием для освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты является установление Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы вследствие любого острого или хронического заболевания и (или) иного расстройства здоровья Застрахованного.

8.5. Не признаются страховым случаем расходы Застрахованного в связи с заболеванием или иным расстройством здоровья, не предусмотренных Медицинской программой страхования (Приложение № 1 к Правилам), или в результате обращения за получением медицинских дистанционных услуг (телемедицина) в период, когда страховая защита по договору страхования не действовала.

Глава 9. Действия Страхователя (Застрахованного/ Выгодоприобретателя) при наступлении страхового случая

9.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, Страхователь / Застрахованный / Выгодоприобретатель обязан письменно уведомить Страховщика в течение 60 (шестидесяти) календарных дней с даты наступления страхового случая.

9.2. Страховщик обязан незамедлительно зарегистрировать уведомление о страховом случае и предоставить заявителю:

- 1) форму заявления о страховой выплате вместе с информацией о том, как выполнить условия Договора страхования и требования Страховщика;
- 2) список документов на осуществление страховой выплаты.

9.3. При наступлении страхового случая – установление инвалидности Застрахованному, Застрахованный обязан:

- 1) по требованию Страховщика дать письменное согласие Страховщику либо врачам, медицинским учреждениям и иным лицам о выдаче Страховщику по его запросу необходимых для расследования обстоятельств наступления страхового случая документов;
- 2) предоставлять Страховщику справку об установлении (присвоении) Застрахованному инвалидности, в течение 10 (десяти) календарных дней после освидетельствования/переосвидетельствования Застрахованного;
- 3) по требованию Страховщика проходить медицинское обследование в медицинском учреждении, обозначенном Страховщиком, в том числе для проверки группы инвалидности, установленной уполномоченным государственным органом.

9.4. Страхователь, Застрахованный и Выгодоприобретатель обязаны содействовать Страховщику в расследовании обстоятельств страхового случая, а также предоставлять Страховщику достоверную информацию и необходимые документы касательно страхового риска, страхового случая и его последствий в течение всего срока действия Договора страхования.

9.5. При наступлении страхового случая в связи заболеванием или иным расстройством здоровья Застрахованный обращается в Сервис с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени. Доступ к Сервису предоставляется Застрахованному с момента начала страховой защиты по договору страхования.

Объем, условия и порядок предоставления Застрахованному дистанционных медицинских услуг (телемедицина) определены Медицинской программой страхования, которая является неотъемлемой частью Правил (Приложение № 1 к Правилам).

Глава 10. Перечень документов, подтверждающих наступление страхового случая

10.1. При наступлении страхового случая смерть Застрахованного Страховщику должны быть представлены заявление о страховой выплате (с указанием домашнего адреса, контактных телефонов и банковских реквизитов Выгодоприобретателей) с приложением следующих документов:

1) копию Договора займа с графиком погашения по Договору займа и оригинал документа (справка или письмо Кредитной организации), содержащий информацию о размере фактической задолженности по основному долгу Застрахованного по Договору займа на дату смерти;

2) копию свидетельства о смерти Застрахованного, выданного органами ЗАГС или справку о смерти, полученную на портале eGov.kz;

3) копию врачебного свидетельства о смерти Застрахованного (с указанием причины смерти);

4) документ соответствующего уполномоченного органа (копию постановления о возбуждении либо об отказе в возбуждении уголовного и/или административного дела, приостановлении или прекращении уголовного и/или административного дела), решение/приговор суда, акт о несчастном случае на производстве, составляемый работодателем, заключение пожарных служб и т.п.), к компетенции которого относится подтверждение факта наступления несчастного случая, уточнение наступивших последствий, а также причинно-следственной связи между ними;

5) копию заключения патологоанатомической (судебно-медицинской) экспертизы о причинах смерти;

6) документы Выгодоприобретателя, подтверждающие его право на получение страховой выплаты, а именно: оригинал или нотариально удостоверенная копия свидетельства о наследстве, копия удостоверения личности Выгодоприобретателя.

10.2. При наступлении страхового случая - установление Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая, заявитель предоставляет Страховщику заявление о страховой выплате (с указанием домашнего адреса, контактных телефонов и банковских реквизитов Выгодоприобретателя) с приложением следующих документов:

1) копию Договора займа, график погашения по Договору займа и оригинал документа (справка или письмо кредитной организации), содержащий информацию о размере фактической задолженности по основному долгу Застрахованного по Договору займа на дату установления Застрахованному инвалидности;

2) копию удостоверения личности Выгодоприобретателя;

3) копию справки уполномоченного органа об установлении инвалидности Застрахованному;

4) копию заключения врачебно-консультационной комиссии с указанием приведшего к инвалидности диагноза, установленного Застрахованному;

5) выписку из истории болезни или амбулаторной карты, заверенную подписью уполномоченного лица и печатью медицинского учреждения;

6) документ соответствующего уполномоченного органа (копию постановления о возбуждении либо об отказе в возбуждении уголовного и/или административного дела, приостановлении или прекращении уголовного и/или административного дела, решение/приговор суда, акт о несчастном случае на производстве, составляемый работодателем, заключение пожарных служб и т.п.), к компетенции которого относится подтверждение факта наступления несчастного случая, уточнение наступивших последствий, а также причинно-следственной связи между ними.

10.3. Страховщик обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения документов уведомить заявителя о недостающих документах для осуществления страховой выплаты.

10.4. Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов или мотивированно запросить у заявителя дополнительные документы, если с учетом конкретных обстоятельств их отсутствие делает невозможным установление факта наступления страхового случая.

10.5. Если по факту страхового случая возбуждено уголовное дело, то Страховщик имеет право отложить осуществление страховой выплаты до принятия решения уполномоченным органом, о чем уведомляет в письменной форме заявителя.

10.6. Документы, относящиеся к страховому случаю, должны быть предоставлены Страховщику на казахском или русском языке либо на языке оригинала с нотариально заверенным переводом на казахский или русский языки.

Глава 11. Права и обязанности сторон

11.1. Страховщик имеет право:

1) на документальное подтверждение наступления страхового случая;

2) на досрочное расторжение Договора страхования в случае неисполнения Страхователем своих обязанностей в случаях, предусмотренных Правилами страхования;

3) с момента уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, в период действия Договора страхования потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты страховой премии соразмерно увеличению степени риска. Если Страхователь возражает против такого изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования. При этом Договор страхования считается расторгнутым по истечении месяца со дня направления уведомления;

4) при наступлении страхового случая установление Застрахованному инвалидности 1, 2 или 3 группы в результате несчастного случая на определенный срок, требовать справку о состоянии здоровья Застрахованного и результаты его переосвидетельствования, а также не чаще одного раза в год проводить за свой счет (за исключением транспортных расходов) медицинское обследование Застрахованного в медицинском учреждении, обозначенном Страховщиком, в том числе для проверки группы инвалидности, установленной уполномоченным государственным органом, для подтверждения нетрудоспособности Застрахованного и невозможности самостоятельно исполнять обязательства перед кредитной организацией;

5) запросить документы, подтверждающие платежеспособность Страхователя;

6) проверять предоставленную Страхователем (Застрахованным /Выгодоприобретателем) информацию, имеющую отношение к страхованию и страховому случаю по Договору страхования и при необходимости направлять запросы в соответствующие уполномоченные органы, о чем письменно уведомляется заявитель;

7) самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая, в том числе запрашивать у соответствующих организаций, исходя из их компетенции, документы, имеющие отношение к страховому случаю или подтверждающие факт наступления страхового случая.

11.2. Страхователь имеет право:

- 1) на своевременное получение Договора страхования;
- 2) на тайну страхования;
- 3) на своевременное осуществление страховой выплаты Выгодоприобретателю;
- 4) на получение пени за просрочку страховой выплаты (пени начисляется за каждый день просрочки в размере ставки рефинансирования, установленного Национальным Банком Республики Казахстан на день уплаты пени);
- 5) ознакомиться с Правилами и получить их копию по требованию.

11.3. Страховщик обязан:

- 1) ознакомить Страхователя с Правилами, включая Медицинскую программу страхования;
- 2) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные в Договоре страхования;
- 3) обеспечить тайну страхования;
- 4) не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Республики Казахстан;
- 5) любые извещения, заявления, требования, уведомления, объяснения, относящиеся к Договору страхования, выполнять в письменной форме и передавать другой стороне непосредственно или направлять способом, позволяющим подтвердить его отправку.

11.4. Страхователь обязан:

- 1) уплачивать страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Правилами и Договором страхования;
- 2) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки вероятности наступления страхового случая, в соответствии с заявлением на страхование и вопросником, а также направленные по запросу Страховщика, при этом незамедлительно сообщать обо всех фактах, способных увеличить страховой риск после заключения Договора страхования;
- 3) письменно уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в течение 60 (шестидесяти) календарных дней со дня его наступления;
- 4) при наступлении страхового случая, предусмотренного пунктом 7.4. Главы 7 Правил, предоставлять Страховщику справку о состоянии здоровья Застрахованного и результаты его переосвидетельствования, а также не чаще одного раза в год проходить медицинское обследование в медицинском учреждении, обозначенном Страховщиком, в том числе для проверки группы инвалидности, установленной уполномоченным государственным органом;
- 5) при изменении места нахождения или местожительства Страхователя, Застрахованного или Выгодоприобретателя в десятидневный срок сообщить их адрес Страховщику. В противном случае любое уведомление Страховщика, направленное по адресу предыдущего местонахождения или местожительства, будет считаться сторонами выполненным (действительным);
- 6) если места нахождения или местожительство Страхователя или Застрахованного находится за пределами Республики Казахстан, указать Страховщику доверенное в Республике Казахстан лицо, ответственное за доставку корреспонденции Страхователю или Застрахованному;

7) любые извещения, заявления, требования, уведомления, объяснения, относящиеся к Договору страхования, выполнять в письменной форме и передавать другой стороне непосредственно или направлять способом, позволяющим подтвердить его отправку.

Глава 12. Условия прекращения Договора страхования

12.1. Возврат страховой премии при ликвидации Страховщика осуществляется в соответствии с очередностью удовлетворения требований кредиторов, установленной законодательством Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.

12.2. Договор страхования прекращается в следующих случаях:

- 1) по истечении срока действия Договора страхования;
- 2) осуществления Страховщиком страховой выплаты (страховых выплат) в пределах установленной по Договору страхования страховой суммы;
- 3) в случаях досрочного прекращения в соответствии с требованиями статьи 841, 842 ГК РК;
- 4) расторжения Договора страхования по инициативе одной из сторон или по соглашению сторон.

12.3. Договор страхования может быть досрочно расторгнут до истечения срока его действия по инициативе одной из сторон Договора страхования:

- 1) по заявлению Страхователя - в любое время;
- 2) по требованию Страховщика - в связи с неисполнением Страхователем своих обязанностей по Договору страхования.

В обоих случаях уплаченная Страхователем страховая премия не подлежит возврату.

12.4. В случаях, когда досрочное прекращение Договора страхования вызвано невыполнением его условий по вине Страховщика, последний обязан возвратить Страхователю уплаченную им страховую премию либо страховые взносы полностью

12.5. Страхователь вправе в связи с досрочным погашением займа расторгнуть Договор страхования до окончания срока действия страховой защиты. В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование и на возмещение расходов, понесенных на ведение дела в размере, определенном Договором страхования, но не более 10 процентов от суммы страховой премии, оплаченной Страхователем. Применительно к настоящему пункту расчет части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю, производится с момента возникновения обстоятельства, предусмотренного в качестве основания для прекращения договора, о чем заинтересованная сторона должна незамедлительно уведомить другую.

Глава 13. Дополнительные положения

13.1. Все изменения и дополнения в Договор страхования вносятся в порядке, предусмотренном Правилами и в соответствии с законодательством Республики Казахстан, по соглашению сторон путем подписания сторонами дополнительного соглашения.

13.2. Формы заявлений и уведомлений, используемые при изменении сведений и переоформлении договора страхования, досрочном расторжении договора страхования, наступлении страхового случая, получении страховой выплаты и возврате страховой премии размещены на корпоративном сайте Страхователя (<https://www.nomadlife.kz/> в разделе «Индивидуальное страхование», подраздел «Заемщикам кредита»).

13.3. Все споры, возникающие в период действия Договора страхования, решаются путем переговоров.

13.4. При наличии спора, возникающего из Договора страхования Страхователь (Застрахованный/ Выгодоприобретатель) вправе обратиться к Страховому омбудсману с заявлением об урегулировании спора.

13.5. В случае не достижения соглашения сторонами споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

*Приложение №1 к Правилам добровольного
страхования жизни с телемедициной,
утвержденных решением
Совета директоров №160823/1 от 16.08.2023*

МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ БАҒДАРЛАМАСЫ / МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ

Осы медициналық сақтандыру бағдарламасы (бұдан әрі-Бағдарлама) сақтандырылушыға қашықтықтан медициналық қызмет көрсетудің (телемедицина) көлемін, шарттары мен тәртібін айқындайды. Терминдер мен анықтамалар: Ассистанс - Сақтандырылушымен жасалған Шарт негізінде Сақтандырылушының атынан сақтандыру шартында және сақтандырудың медициналық бағдарламасында көзделген қашықтықтан медициналық қызметтер көрсетуді (телемедицина) ұйымдастыруды, үйлестіруді, есепке алуды және бақылауды, сондай-ақ көрсетілетін медициналық көмектің тиісті сапасы мен көлемін бақылауды жүзеге асыруға міндеттеме алатын заңды тұлға; Қашықтықтан көрсетілетін медициналық қызметтер (телемедицина) - аурулар мен жарақаттарды диагностикалау, емдеу, медициналық оңалту және алдын алу мақсатында медициналық қызметтер көрсету, медициналық қызметкерлердің Сақтандырылушылармен өзара қашықтықтан өзара іс-қимылын, аталған адамдарды сәйкестендіруді, сондай-ақ олар жасайтын іс-әрекеттерді құжаттауды қамтамасыз ететін цифрлық технологиялар арқылы зерттеулер мен бағалаулар жүргізу; «Даригер Онлайн» сервисі («Dariger online») маркетингтік атауы (бұдан әрі - Сервис) - құқық иесі Ассистанс болып табылатын онлайн-сервис / платформа, Сақтандырылушыларға дербес компьютерді және (немесе) мобильді құрылғыны пайдалана отырып, darigeronline.kz сайтының және / немесе AppStore немесе Play Market-тен «Dariger Online» мобильді құрылғыларға арналған қосымшалардың көмегімен нақты уақыт режимінде медициналық ұйымдардың дәрігерлерінің қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) көрсетуі. Ассистанс сервиске техникалық және әкімшілік қызмет көрсетуді қамтамасыз етеді. Сақтандырудың медициналық бағдарламасы-Сақтандырылушыға сақтандыру шарты шеңберінде қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) көрсетудің тізбесі мен тәртібі; Медициналық ұйым - Қазақстан Республикасының немесе өзге мемлекеттердің қолданыстағы заңнамасына сәйкес медициналық қызметтің қажетті түрлерін жүзеге асыруға қажетті лицензиялары мен өзге де рұқсаттары бар, Ассистанспен шарт жасасқан және Сақтандырылушыға қызмет көрсететін заңды тұлға. Медициналық ұйымдар Ассистанстың медициналық желісін құрайды. Өзге мемлекеттердің аумағында тіркелген медициналық ұйымдарға медициналық қызметті жүзеге асыру үшін тіркеу елінің тиісті заңнамалық талаптары қолданылады; Дәрігер - тіркелген жоғары медициналық білімі бар, тиісті мамандық бойынша маман сертификаты бар (педиатр,	Настоящая Медицинская программа страхования (далее – Программа) определяет объем, условия и порядок предоставления Застрахованному дистанционных медицинских услуг (телемедицина). Термины и определения: Ассистанс – юридическое лицо, которое на основании Договора со Страховщиком принимает на себя обязательство от имени Страховщика осуществлять организацию, координацию, учет и контроль предоставления Застрахованным дистанционные медицинские услуги (телемедицина), предусмотренные договором страхования и медицинской программой страхования, а также контроль за надлежащим качеством и объемом предоставляемой медицинской помощи; Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) – предоставление медицинских услуг в целях диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок посредством цифровых технологий, обеспечивающее дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с Застрахованными, идентификацию указанных лиц, а также документирование совершаемых ими действий; Сервис «Даригер Онлайн» (маркетинговое наименование «Dariger online» (далее - Сервис) - онлайн-сервис/платформа, правообладателем которой является Ассистанс, для предоставления Застрахованным дистанционных медицинских услуг (телемедицина) врачами Медицинских организаций в режиме реального времени с использованием персонального компьютера и (или) мобильного устройства, с помощью сайта darigeronline.kz и/или приложений для мобильных устройств "Dariger Online" из AppStore или Play Market. Ассистанс обеспечивает техническое и административное обслуживание Сервиса; Медицинская программа страхования – перечень и порядок оказания Застрахованному дистанционных медицинских услуг (телемедицина) в рамках договора страхования; Медицинская организация - юридическое лицо, обладающее необходимыми в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан или иных государств лицензиями и иного рода разрешениями на осуществление необходимых видов медицинской деятельности, заключившее договор с Ассистансом и оказывающее услуги Застрахованным. Медицинские организации образуют Медицинскую сеть Ассистанса. К медицинским организациям, зарегистрированным на территории иных государств, для осуществления медицинской деятельности применяются соответствующие законодательные требования страны регистрации; Врач - специалист с зарегистрированным высшим
---	---

терапевт немесе тар бейінді маман), тиісті медициналық ұйымның құрамында медициналық қызметті жүзеге асыратын және сервисті пайдалана отырып сақтандырылушыға медициналық көмек көрсететін маман;

Медициналық көмек - Сақтанушының денсаулығын сақтауға, сақтауға және қалпына келтіруге бағытталған медициналық қызметтер кешені.

Сақтандырылушыға AppStore, PlayMarket және сайттағы сілтеме арқылы жүктеуге болатын <https://darigeronline.kz/> Ассистанстың сайт арқылы немесе «Dariger online» мобильді қосымшасы арқылы сервисті пайдалана отырып, қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) ұсынылады. Кіру Сақтанушы sms-хабарламада алатын логин мен пароль арқылы жүзеге асырылады.

Қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) бейнебайланысты, аудио байланысты пайдалана отырып, Сайтта немесе мобильді қосымша арқылы хабарламалар мен файлдармен алмасу арқылы, сондай-ақ стационарлық телефон арқылы көрсетіледі. Медициналық қызмет көрсететін дәрігерлер, олардың кәсіби білімі, біліктілігі, жұмыс орны және т.б. туралы ақпарат Сайтта және Ассистанстың мобильді қосымшасында орналастырылған. Қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) тәулік бойы, аптасына 7 (жеті) күн, соның ішінде Сақтандыру полисінің қолданылу кезеңіндегі демалыс және мереке күндері, өтініштер саны бойынша шектеусіз қолжетімді.

Медициналық сақтандыру бағдарламасына келесі қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) кіреді:

- кезекші дәрігер-терапевт / педиатрдың шұғыл онлайн-консультациялары;
- алдын ала жазылу бойынша дәрігер-терапевт/педиатрдың жоспарлы онлайн-консультациялары;
- бейінді дәрігер-консультанттың жоспарлы онлайн-консультациялары;
- бұрын қойылған диагноз бойынша бейінді дәрігерлермен онлайн консультациялар (екінші пікір);
- онлайн-консультация нәтижелері бойынша ұсынымдармен жазбаша қорытынды беру;
- Сақтандырылушының «Жеке кабинеті» қызметі, онда Сақтандыру бағдарламасы шеңберінде онлайн-консультациялардың нәтижелері бойынша дәрігерлердің өтініштері мен жазбаша ұсыныстары, файлдарды жүктеу мүмкіндігі сақталады.

Қашықтықтан медициналық қызмет көрсету шарттары (телемедицина):

<https://darigeronline.kz> Сайттың ашық қол жетімділікте Медициналық ұйым және қашықтықтан (телемедицина) медициналық қызмет көрсететін Дәрігерлер (олардың кәсіптік білімі, біліктілігі және т.б.) туралы ақпарат және заңнама мен іскерлік айналым әдет-ғұрыптарына сәйкес басқа да қажетті мәліметтер орналастырылады.

Қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) дәрігердің құзыретіне жатқызылған мәселелер бойынша нақты уақыт режимінде сервисті пайдалана отырып, телемедициналық технологияларды қолдана отырып, консультациялар түрінде Сақтандырылушыға медициналық көмек көрсетуден тұрады.

Сақтандырылушыға қашықтықтан қарау және Сақтандырылушыға қатысты өзге де зерттеулер мен

медицинским образованием, имеющий сертификат специалиста по соответствующей специальности (педиатр, терапевт или узкопрофильный специалист), осуществляющие медицинскую деятельность в составе соответствующей Медицинской организации и оказывающий медицинскую помощь Застрахованному с использованием Сервиса;

Медицинская помощь - комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, поддержание и восстановление здоровья Застрахованного.

Застрахованному предоставляются дистанционные медицинские услуги (телемедицина) с использованием Сервиса через сайт <https://darigeronline.kz/> Ассистанса или через мобильное приложение «Dariger online», которое доступно для скачивания в AppStore, PlayMarket и через ссылку на сайте. Вход осуществляется через логин и пароль, который Застрахованный получит в sms-сообщении.

Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами на Сайте или через мобильное приложение, а также по стационарному телефону. Информация о Врачах, предоставляющих медицинские услуги, их профессиональном образовании, квалификации, месте работы и пр., размещены на Сайте и в мобильном приложении Ассистанса. Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) доступны круглосуточно, 7 (семь) дней в неделю, включая выходные и праздничные дни в период действия Страхового полиса, без ограничения по количеству обращений.

В медицинскую программу страхования входят следующие дистанционные медицинские услуги (телемедицина):

- срочные онлайн-консультации дежурного врача-терапевта/педиатра;
- плановые онлайн-консультации врача-терапевта/педиатра по предварительной записи;
- плановые онлайн-консультации профильного врача-консультанта;
- онлайн консультации с профильными врачами по ранее поставленному диагнозу (второе мнение);
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации;
- услуга «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам онлайн-консультаций в рамках Программы страхования, возможность загружать файлы.

Условия предоставления дистанционных медицинских услуг (телемедицина):

В открытом доступе на Сайте <https://darigeronline.kz> размещается информация о Медицинской организации и Врачах, предоставляющих дистанционные медицинские услуги (телемедицина) (их профессиональном образовании, квалификации и пр.) и другие необходимые сведения в соответствии с законодательством и обычаями делового оборота.

Дистанционные медицинские услуги (телемедицина) состоят в предоставлении Застрахованному медицинской помощи в виде консультаций с применением телемедицинских технологий с использованием Сервиса в режиме реального времени, по вопросам, отнесенным к компетенции Врача.

Застрахованному предоставляются дистанционные медицинские услуги (телемедицина) по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может

манипуляциялар жүргізу мүмкін встігіне байланысты дәрігер өзінің кәсіби пікірін қалыптастыра алмайтын мәселелерді, сондай-ақ жауап беру үшін қосымша ақпарат (басқа мамандардың тексеру нәтижелері, зертханалық зерттеу нәтижелері және аспаптық тексеру) алу қажет болатын сұрақтарды қоспағанда, барлық мәселелер бойынша қашықтықтан медициналық қызметтер (телемедицина) ұсынылады. Сақтандырылушы қашықтықтан медициналық қызмет көрсету басталғанға дейін (телемедицина) Дәрігерге Жеке кабинетін пайдалана отырып, қажетті құжаттардың көшірмелерін жіберу жолымен Сақтандырылушыға белгіленген диагноздар, өткен аурулар, белгілі аллергиялық реакциялар, араласулар жүргізуге, препараттарды қабылдауға қарсы көрсетілімдер туралы ақпарат беруге құқылы. Қажетті медициналық ақпарат - бұл медициналық ұйымға қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) дұрыс көрсету үшін қажет медициналық сипаттағы ақпарат: тікелей және консультациялар жүргізілетін аурулар туралы медициналық қорытындылар, қосымша зерттеулер мен тексерулердің нәтижелері, сондай-ақ Сақтанушылар бере алатын медициналық сипаттағы барлық құжаттар. Медициналық құжаттарды зерделеу Сақтанушыларға осы құжаттарды ұсынғаннан кейін ғана басталады. Қашықтықтан медициналық қызметтер көрсету кезінде (телемедицина), оның ішінде күндізгі консультациялар, диагностикалық тексерулер жүргізу қажеттілігі анықталған кезде дәрігер тұлғасындағы Медициналық ұйым Сақтандырылушыны диагнозды қою және (немесе) растау және (немесе) нақтылау үшін жүгіну керек мамандар туралы, олармен байланысты диагностиканың, емдеудің ұсынылатын әдістері туралы хабардар етеді тәуекелдер, олардың салдары және күтілетін нәтижелер және басқа да осындай ақпаратты ұсынады. Қашықтықтан медициналық қызмет көрсету (телемедицина) қорытындысы бойынша Медициналық ұйым Медициналық қорытынды жасайды. Медициналық қорытынды - Сервис арқылы Пациентке жіберілген, цифрлық технологияларды қолдана отырып қызмет көрсету қорытындылары бойынша дәрігер жасаған не оның Жеке кабинетінде Пациентке сілтеме жасалған, диагноз қоймай, диагнозды түзетпей және емдеуді тағайындамай медициналық консультация нәтижелерін қамтитын электрондық түрдегі құжат. Егер Сақтандырылушы оларды көрсеткен сәттен бастап күнтізбелік 7 (жеті) күн ішінде қашықтықтан көрсетілетін медициналық қызметтердің (телемедицина) сапасына талап қоймаса, қызметтер тиісті түрде көрсетілген және Сақтандырылушы қабылдаған болып есептеледі. Қашықтықтан медициналық қызмет көрсету тәртібі (телемедицина): Сақтандырылушы қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алуды сұрамас бұрын Сайтта немесе «Даригер Онлайн» мобильді қосымшасында («Däriger Online») маркетингтік атауы) алдын ала тіркеу/белсендіру процесінен өтуі тиіс. Тіркеу кезінде сақтанушы дербес деректерді жинауға және өңдеуге және қашықтықтан медициналық қызмет көрсететін медициналық ұйымға (телемедицина) медициналық ақпарат беруге келісім беруге міндетті.	сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования). Застрахованный до начала оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина) вправе предоставить Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, путем пересылки Врачу копии необходимых документов с использованием Личного кабинета. Необходимая медицинская информация – это информация медицинского характера, которая необходима Медицинской организации для того, чтобы должным образом оказать дистанционные медицинские услуги (телемедицина): медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованные могут предоставить. Изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным. При оказании дистанционных медицинских услуг (телемедицина), в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Медицинская организация в лице Врача информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию. По итогам оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина) Медицинской организацией составляется Медицинское заключение. Медицинское заключение – документ в электронном виде, составленный Врачом по итогам оказания Услуги с применением цифровых технологий, направленный Пациенту посредством Сервиса, либо ссылка на который предоставлена Пациенту в его Личном кабинете, содержащий результаты медицинской консультации без постановки, корректировки диагноза и назначения лечения. Услуги считаются оказанными надлежащим образом и принятыми Застрахованным, если в течение 7 (семи) календарных дней с момента их оказания Застрахованный не предъявит претензии к качеству дистанционных медицинских услуг (телемедицина). Порядок оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина): Застрахованный, прежде чем запросить получение дистанционных медицинских услуг (телемедицина), должен пройти процесс предварительной регистрации/активации на Сайте или в мобильном приложении «Даригер Онлайн» (маркетинговое наименование «Däriger Online»). При регистрации Застрахованный обязан дать согласие на сбор и обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Медицинской организации, оказывающей дистанционные медицинские услуги (телемедицина). Правила регистрации на Сайте или в мобильном приложении «Даригер Онлайн»: Оказание Услуги может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного:
---	---

Сайтта немесе «Даригер Онлайн» мобильді қосымшасында тіркелу ережесі:

Қызмет көрсету Сақтандырылушының мынадай жабықтықтарын пайдалана отырып жүзеге асырылуы мүмкін: техникалық талаптарға сай болуы тиіс дербес компьютер, ұялы телефон. Қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алу үшін веб-платформаға кіру жүзеге асырылатын құрылғы төменде көрсетілген талаптарға сәйкес келетініне көз жеткізу қажет.

Дербес компьютерді пайдалану кезінде:

компьютерге қосылған бейнекамераның ажыратымдылығы 1024 x 720 төмен емес (егер бейнебайланысты пайдалана отырып қызмет көрсету тәсілі таңдалған жағдайда);
микрофон компьютерге қосылған (Егер бейне немесе аудио байланысты пайдаланып қызмет көрсету әдісі таңдалған болса);
MS Windows операциялық жүйесі XP немесе Mac OS X нұсқасынан төмен емес;

Google Chrome (ұсынылған), Mozilla Firefox немесе Opera соңғы нұсқасының Интернет-шолушысы (браузер);
Интернетке кіру арнасының жылдамдығы 1 Мбит/с төмен емес.

Ұялы телефонды пайдалану кезінде:

жұмыс камерасы, микрофоны және басқа да қажетті функциялары бар Apple Iphone 5 және одан жоғары ұялы телефон моделі;

Android 5.1 және одан жоғары жүйесінде жұмыс істейтін ұялы телефон;

кез келген ұялы телефон, егер Сақтандырылушы Интернет желісі арқылы емес, қызмет көрсету үшін жүгінетін болса.

Apple мобильді құрылғылары үшін мобильді қосымшаны орнату үшін IOS 9 - дан төмен емес жүйе, Android жүйесіндегі құрылғылар үшін-5.1-ден төмен емес жүйе қажет.

Қызметті Сайт арқылы алу үшін:

Сайтқа өтіңіз <https://darigeronline.kz>

Кіру үшін логин мен парольді көрсетіп, ұялы телефон нөмірін растап, жүйемен сәйкестендіру үшін аты-жөні мен туған күнін көрсете отырып;

Дәрігерді таңдап, қызмет (кеңес) алыңыз;

Егер кезекші Дәрігердің (дәрігер-педиатр, дәрігер-терапевт) консультациясы қажет болса, онда Дәрігер тарапынан шақырылғанға дейін Жеке кабинетте болу қажет;

Егер тар бейінді маман дәрігердің (кезекші болып табылмайтын дәрігердің) жоспарлы консультациясы қажет болса, онда белгіленген уақытта Жеке кабинетке кіріп, Дәрігердің шақыруына жауап беру қажет;

Консультация алдында камераның, динамиктің, микрофонның жұмысын Жеке кабинетте «Жеке деректер/Тексеру» бөлімінде тексеру қажет.

Қызметті мобильді қосымша арқылы алу үшін:

«Даригер Онлайн» мобильді қосымшасын жүктеп алыңыз;

Кіру үшін логин мен парольді көрсету, ұялы телефон нөмірін растау және жүйемен сәйкестендіру үшін аты-жөні мен туған күнін көрсету арқылы тіркелу;

Қолданбаның сұрауы бойынша камераға, динамикке, микрофонға кіруге рұқсат беріңіз;

Дәрігерді таңдап, кеңес алыңыз.

Егер Сақтандырылушы қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алуға құқылы болса, бірақ сервиспен сәйкестендірілмесе және олар үшін жеке кабинетте жеке тұлғалар үшін қолданыстағы баға парағына сәйкес медициналық консультациялардың құны 0 (нөл)

персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям. Для получения дистанционных медицинских услуг (телемедицина), необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует нижеуказанным требованиям.

При использовании персонального компьютера:

подключенная к компьютеру видеокамера обладает разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);

к компьютеру подключен микрофон (в случае, если выбран способ оказания Услуг с использованием видео- или аудиосвязи);

операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;

Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;

скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;

мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше;

любой мобильный телефон, если Застрахованный будет обращаться для оказания Услуг не через сеть Интернет.

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

Для получения Услуги через Сайт следует:

Перейти на сайт <https://darigeronline.kz>

Указав логин и пароль для входа, подтвердив номер мобильного телефона и указав ФИО и дату рождения для идентификации системой;

Выбрать Врача и получить Услугу (консультацию);

Если необходима консультация дежурного Врача (врач-педиатр, врач-терапевт), то необходимо оставаться в личном кабинете до вызова со стороны Врача;

Если необходима плановая консультация узкопрофильного врача-специалиста (Врача, не являющегося дежурным), то необходимо зайти в Личный кабинет в назначенное время и ответить на вызов со стороны Врача;

Перед консультацией необходимо проверить работоспособность камеры, динамика, микрофона в Личном кабинете разделе «Личные данные/ Проверка».

Для получения Услуги через мобильное приложение следует:

Скачать мобильное приложение «Даригер Онлайн»;

Зарегистрироваться указав логин и пароль для входа, подтвердив номер мобильного телефона и указав Ф.И.О. и дату рождения для идентификации системой;

Предоставить по запросу приложения разрешения на доступ к камере, динамике, микрофону;

Выбрать Врача и получить консультацию.

В случае, если Застрахованный вправе получить дистанционные медицинские услуги (телемедицина), но не будет идентифицирован Сервисом и для них в личном кабинете стоимость медицинских консультаций в соответствии с действующим ценовым листом для физических лиц будет составлять не 0 (ноль) тенге, то для идентификации Застрахованного необходимо обратиться в Службу поддержки по телефону, указанному на сайте www.darigeronline.kz

теңгені құрайтын болса, онда сақтандырылушыны сәйкестендіру үшін www.darigeronline.kz сайтында Қолдау қызметіне көрсетілген телефон арқылы жүгіну қажет.

Сақтандырылушы өзі пайдаланатын жабдық пен бағдарламалық қамтамасыз етудің көрсетілген талаптарына сәйкестігі үшін дербес жауап береді. Медициналық ұйым Сақтандырылушының құрылғыларында орнатылған жабдыктан немесе бағдарламалық қамтамасыз етуден туындаған Қызметтерді алу мүмкін застiгi үшін жауап бермейдi.

Сайтта немесе мобильді қосымшада тіркелгеннен кейін Сақтанушы «Жеке кабинет» бөліміне өтеді. «Жеке кабинет» бөлімі Сақтандырылушының Сайттағы немесе мобильді қосымшадағы дербес бөлімі болып табылады, ол Сақтандырылушыға қашықтықтан медициналық қызмет көрсетуге (телемедицина) сұрау салуға, кезекші Дәрігермен байланысуға мүмкіндік береді. Дәрігермен (кеңесшімен) кеңесу.

Бағдарламада көзделген қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алу үшін келесі әрекеттерді орындау қажет:

Сайттың жоғарғы мәзіріндегі «Басты» батырмасын басу арқылы сайттың басты бетіне өтіңіз немесе «Даригер Онлайн» мобильді қосымшасына кіріп, қажетті дәрігерді таңдап, «Кеңес алу» немесе «Кездесуге жазылу» батырмасын басыңыз. Консультация алдында Сақтанушының компьютерінің жабдығын телефон параметрлеріндегі камера мен микрофонға кіруге арналған «Байланысты тексеру»/рұқсаты жеке кабинетінің бөлімі арқылы тексеру ұсынылады.

Кезекші Дәрігерді (дәрігер-терапевт, дәрігер-педиатр) таңдау кезінде консультацияға өтінім жасау үшін ашылған терезеде «Бастау» таңдаңыз.

Кезекші дәрігер (дәрігер-терапевт, дәрігер-педиатр) Пациентпен/Сақтандырылушымен (консультация терезесі ашық болады) - қазіргі уақытта жүйеде (онлайн) жүрген еркін кезекші Дәрігер Сервисті пайдалана отырып не Сақтандырылушының тіркеу кезінде көрсетілген ұялы телефон нөміріне қоңырау шалу арқылы Пациентпен/Сақтандырылушымен байланысады.

Кеңес басталғанға дейін және оның барысында Сақтандырылушы Дәрігерге мәтіндік хабарламалар мен суреттер жібере алады.

Сақтандырылушы Сервис арқылы кезекші Дәрігермен (дәрігер - терапевт, дәрігер-педиатр) консультацияға өтінім қалдыра алады, бұл ретте сақтандырылушы сайттың жеке кабинетінде қалуы (Жеке кабинеттен шықпауы, онлайн жүйеде болуы) немесе мобильді қосымшаға кіруі қажет.

Дәрігер Пациентпен/Сақтандырылушымен байланысқан кезде қоңырау шалу терезесі пайда болады, онда байланыс тәсілдерінің бірін таңдау керек: бейне, аудио немесе хат алмасу.

Кеңес байланыс әдісін таңдағаннан кейін басталады және отыз минутқа дейін созылады.

Алдын ала жазылу бойынша қол жетімді Маман дәрігерді (кеңесшіні) таңдағанда, күн мен уақытты таңдап, содан кейін «Жазылу» түймесін басу керек.

Маман-дәрігердің консультациясына жазылу жасалғаннан кейін Сақтандырылушы Сервис арқылы консультацияны өткізу уақыты мен күні көрсетілген SMS-хабарлама алады. Маман-дәрігермен кеңесу үшін белгіленген уақытта сайтқа кіріп, Жеке кабинетке кіру / мобильді қосымшада авторизациялану және маман дәрігердің Сақтандырылушымен байланысуын күту қажет.

Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения. Медицинская организация не несет ответственности за невозможность получения Застрахованным Услуг, возникшую из-за оборудования, либо программного обеспечения, установленного на устройствах Застрахованного.

После регистрации на Сайте или в мобильном приложении Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет». Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на Сайте или в мобильном приложении, который позволяет Застрахованному направлять запрос на оказание дистанционных медицинских услуг (телемедицина), связываться с дежурным Врачом.

Консультация с Врачом (консультантом).

Для получения предусмотренных Программой дистанционных медицинских услуг (телемедицина), необходимо выполнить следующие действия:

Перейти на главную страницу сайта, нажав на «Главная» в верхнем меню сайта или зайти в мобильное приложение «Даригер Онлайн», выбрать необходимого Врача и нажать на кнопку «Получить консультацию» или «Записаться на прием». Перед консультацией рекомендуется проверить оборудование компьютера Застрахованного с помощью раздела личного кабинета «Проверка связи»/разрешения на доступ к камере и микрофону в настройках телефона.

При выборе дежурного Врача (врач-терапевт, врач-педиатр) в открывшемся окне создания заявки на консультацию выбрать «Начать».

Дождаться, когда дежурный Врач (врач-терапевт, врач-педиатр) свяжется с Пациентом/Застрахованным (будет открыто окно консультации) – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Пациентом/Застрахованным с использованием Сервиса, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного, указанного при регистрации.

До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения и изображения.

Застрахованный может оставить заявку на консультацию с дежурным Врачом (врач-терапевт, врач-педиатр) через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находится в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.

Когда Врач будет связываться с Пациентом/Застрахованным, появится окно вызова, в котором необходимо выбрать один из способов связи: видео, аудио или переписка.

Консультация начинается после выбора способа связи и длится до тридцати минут.

При выборе Врача-специалиста (консультанта), доступного по предварительной записи, необходимо выбрать дату и время, а затем нажать кнопку «Записаться».

После того, как запись на консультацию Врача-специалиста создана, Застрахованный получает SMS-сообщение с указанием времени и даты проведения консультации через Сервис.

В назначенное для консультации с Врачом-специалистом время необходимо зайти на Сайт и авторизоваться в личном кабинете / быть авторизованным в мобильном приложении и ожидать, когда Врач-специалист свяжется с Застрахованным. В назначенное время происходит соединение Врача-специалиста с Застрахованным и начинается онлайн-консультация продолжительностью до тридцати минут.

Если в момент, когда Врач пытается связаться с Застрахованным, последнего не было в системе (онлайн), и

Белгіленген уақытта Дәрігер-маман Сақтандырылушылармен қосылады, ұзақтығы отыз минутқа дейінгі онлайн-консультация басталады. Егер дәрігер Сақтандырылушымен байланысуға тырысқан сәтте соңғысы жүйеде (онлайн) болмаса және дәрігер онымен сервис арқылы байланыса алмаса және Сайтта тіркелу кезінде көрсетілген ұялы телефон нөмірі бойынша Сақтандырылушыға 3 рет хабарласа алмаса, консультация жабылады және қашықтықтан медициналық қызмет (телемедицина) көрсетілген болып есептеледі. Егер сұрау салуды жібергеннен кейін Сақтандырылушы қашықтықтан медициналық қызмет көрсетуден (телемедицина) бас тартқысы келсе, ол бұл туралы Медициналық ұйымға Сайтта көрсетілген байланыс деректері бойынша не «Жеке кабинет» арқылы шұғыл консультация беру басталғанға дейін және жазба бойынша консультация берілген жағдайда 24 сағаттан кешіктірмей хабарлауға міндетті. Көзделген тәртіп сақталмаған жағдайда қашықтықтан медициналық қызмет (телемедицина) көрсетілген болып есептеледі. Егер Сақтандырылушы қызмет көрсетуге сұрау салуды жібермесе немесе сұрау салуды жібергеннен кейін жүйеде (онлайн) болмаса, Сақтандырылушының қызмет көрсету мерзімдеріне қатысты ешқандай талаптары қабылданбайды. Консультация қорытындысы бойынша Дәрігер Медициналық қорытынды жазады және оны Сақтандырылушыға Сервис арқылы жібереді. Осы Бағдарламада көзделмеген қашықтықтан медициналық қызметтерді (телемедицина) алуға өтініш жасау нәтижесінде Сақтандырылушының шығыстары сақтандыру жағдайы деп танылмайды.	Врач не смог связаться с ним посредством Сервиса и не смог с 3 попыток дозвониться до Застрахованного по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на Сайте, консультация закрывается и дистанционная медицинская услуга (телемедицина) считается оказанной. В случае, если после отправки запроса Застрахованный захочет отказаться от оказания дистанционных медицинских услуг (телемедицина), он обязан уведомить об этом Медицинскую организацию по контактным данным, указанным на Сайте, либо через «Личный кабинет», до начала оказания срочной консультации и не позднее чем за 24 часа в случае консультации по записи. В случае несоблюдения предусмотренного порядка дистанционная медицинская услуга (телемедицина) считается оказанной. Никакие претензии Застрахованного относительно сроков оказания Услуг не принимаются, если Застрахованный не направит запрос на оказание Услуг или не будет находиться в Системе (онлайн) после направления запроса. По итогам консультации Врач пишет медицинское заключение и направляет его Застрахованному через Сервис. Не признаются страховым случаем расходы Застрахованного в результате обращения за получением дистанционных медицинских услуг (телемедицина), не предусмотренных настоящей Программой.
--	--