
	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 1 из 21
--	--	--	--------------

**УТВЕРЖДЕНЫ**  
**Советом Директоров**  
**АО «КСЖ «Nomad Life»**  
**Протокол № 120226/1**  
**от «12» февраля 2026 года**

**Правила**  
**добровольного страхования жизни с телемедициной**  
**Пр-ДКС-04**

**г. Алматы, 2026 год**

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

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 2 из 21
--	--	--	--------------

## 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

2.1. 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 страхования 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 (займодавец) 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 страхования 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.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 3 из 21
--	--	--	--------------

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.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 4 из 21
--	--	--	--------------

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 Застрахованному. 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 (первой) или 2 (второй) группы в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страховой защиты;
- 3) заболевание или иное расстройство здоровья Застрахованного, наступившие в период действия страховой защиты;
- 4) временная нетрудоспособность Застрахованного в результате несчастного случая произошедшего в период действия страховой защиты.

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 1 (первой) или 2 (второй) группы, установление Застрахованному временной нетрудоспособности.


### 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

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 5 из 21
--	--	--	--------------

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 является 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) ФРОМУ, отбывающими наказание за совершение уголовных преступлений в исправительно-трудовых учреждениях, с лицами находящимися в СИЗО 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 (семидесяти) лет в период действия Договора страхования.

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

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

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.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 6 из 21
--	--	--	--------------

## **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. Срок действия Договора страхования и срок страховой защиты по Договору страхования указываются в Договоре.

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 по первому наступившему страховому случаю и исполнением в связи с этим обязательств сторон по данному Договору страхования 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 (в оформленном Страховщиком Страховом полисе).

## **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 единовременным платежом не позднее даты заключения Договора страхования.


6.3. Оплатив страховую премию Страхователь тем самым подтверждает:

- свое ознакомление и согласие с условиями 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.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 7 из 21
--	--	--	--------------

7.3. При наступлении страхового случая смерть Застрахованного с учетом ограничений, указанных в Главе 8 Правил страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю одновременно в размере фактической задолженности по основному долгу, установленного договором займа на дату смерти Застрахованного, но не свыше размера страховой суммы, установленной Договором страхования.

7.4. При наступлении страхового случая установление Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы в результате несчастного случая на определенный срок за исключением случаев, предусмотренных Правилами страхования, страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю в течение установленного Застрахованному срока инвалидности в виде периодических платежей в счёт погашения основного долга, размер и порядок выплаты которых соответствует графику платежей по договору займа, заключенному между Застрахованным и Кредитной организацией, но не более срока окончания действия Договора страхования. Совокупный размер страховых выплат не должен превышать следующих размеров:

- в случае установления Застрахованному инвалидности 1 (первой) группы – в размере 80 % от страховой суммы, но не более фактической задолженности по основному долгу Застрахованного перед Кредитной организацией на дату установления инвалидности;
- в случае установления Застрахованному инвалидности 2 (второй) группы – в размере 60 % от страховой суммы, но не более фактической задолженности по основному долгу Застрахованного перед Кредитной организацией на дату установления инвалидности.


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 пункту 7.4. настоящей Главы, на срок, не превышающий срок инвалидности, установленный Застрахованному.

7.6. В случае установления Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы в результате несчастного случая бессрочно, страховая выплата осуществляется Страховщиком Выгодоприобретателю одновременно, в размере, указанном в пункте 7.4. настоящей Главы, но не превышающем размера фактической задолженности по основному долгу Застрахованного перед Кредитной организацией 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 пунктом 7.4. настоящей Главы.

7.8. При наступлении страхового случая временная нетрудоспособность Застрахованного в результате несчастного случая, страховая выплата осуществляется Страховщиком Застрахованному одновременно в размере 0,2% от страховой суммы, установленной Договором страхования, за каждый календарный день временной нетрудоспособности, начиная с 21 (двадцать первого) дня установления временной нетрудоспособности Застрахованного. Максимальное количество дней страховой выплаты по временной нетрудоспособности Застрахованного составляет 14 (четырнадцать) календарных дней.

7.9. Предельный срок рассмотрения документов и осуществление страховой выплаты либо принятие решения об отказе в осуществлении страховой выплаты принимается в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов. Если решение об осуществлении страховой выплаты не может быть принято в установленные сроки, требуется дополнительная информация либо сведения к

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 8 из 21
--	--	--	--------------

представленным документам, Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) с объяснением причин необходимости продления сроков осуществления страховой выплаты. При этом страховая выплата осуществляется в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней с даты предельного срока рассмотрения документов на осуществление страховой выплаты. 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.

7.10. Страховая выплата осуществляется путём перечисления денежных средств на банковский счёт Выгодоприобретателя (-ей).

7.11. Решение об отказе сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа и уведомлением о праве Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) на подачу обращения к Страховщику в случае несогласия с размером страховой выплаты или отказом в страховой выплате, а также на обращение к страховому омбудсману, в уполномоченный орган и (или) в суд для защиты своих прав.

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


7.13. 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 Застрахованному доступа 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 соответствии с 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

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 9 из 21
--	--	--	--------------

административными правонарушениями, находящимися в причинной связи со страховым случаем;

б) 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 Застрахованным 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:

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 10 из 21
--	--	--	---------------

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;

б) 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, за исключением случаев, когда в судебном порядке установлен факт смерти Застрахованного лица (судом признан умершим).

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 Главе, основанием для освобождения Страховщика от осуществления страховой выплаты является установление Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) 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 / ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ) 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 Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы, Застрахованный обязан:

*Данный документ поддерживается в электронном виде.*

*После распечатки документ переходит в категорию неучитываемых экземпляров.*

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 11 из 21
--	--	--	---------------

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 Застрахованного.

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

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


3) 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;

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

5) 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 (первой) или 2 (второй) 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 удостоверения личности Выгодоприобретателя;

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 12 из 21
--	--	--	---------------

2) копию справки уполномоченного органа об установлении Застрахованному инвалидности 1 (первой) или 2 (второй) группы;

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

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

5) 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. При наступлении страхового случая – установление Застрахованному временной нетрудоспособности в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страховой защиты по Страховому полису, за исключением случаев, установленных Правилами» Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:

1) письменное уведомление/заявление о наступлении страхового случая, в котором указываются фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, дата и обстоятельства наступления страхового события;

2) документы, подтверждающие факт наступления несчастного случая (справка из травматологического пункта или её копия, заверенная печатью медицинского учреждения, выписка из медицинской карты (истории болезней), выданная медицинским учреждением и заверенная подписью врача и печатью этого учреждения; рентген-снимок либо иной снимок (УЗИ/ МРТ/ КТ), заключение инструментального метода обследования (заключение рентгенолога либо протокол УЗИ/ МРТ/ КТ), заверенный печатью медицинского учреждения и подписью врача, результаты иных обследований, подтверждающих диагноз;

3) оригинал листа временной нетрудоспособности (справки временной нетрудоспособности) либо нотариально заверенную копию.

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

10.5. 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.

10.6. 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.


10.7. 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;

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 13 из 21
--	--	--	---------------

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) запросить документы, подтверждающие платежеспособность Страхователя;

5) 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;

6) 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;
- 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;
- 6) предоставить Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) информацию о предельном сроке рассмотрения документов и осуществления страховой выплаты после представления всех необходимых документов.

#### **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;

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 14 из 21
--	--	--	---------------

4) 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);

5) 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;

б) 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. При отказе Страхователя от Договора страхования (пункт 2 статьи 841 Гражданского Кодекса Республики Казахстан), если это не связано с обстоятельствами, указанными в части первой пункта 1 статьи 841 Гражданского Кодекса Республики Казахстан, в частях второй и третьей пункта 2 статьи 842 Гражданского Кодекса Республики Казахстан, уплаченные страховщику страховая премия либо страховые взносы не подлежат возврату.

12.6. При отказе Страхователя-физического лица от Договора страхования, в течение четырнадцати календарных дней с даты его заключения Страховщик обязан возвратить Страхователю-физическому лицу полученную (полученные) страховую премию (страховые взносы) за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением Договора страхования, не превышающих десяти процентов от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).

12.7. При отказе Страхователя-физического лица от Договора страхования, связанного с договором займа, по причине исполнения им (заемщиком) обязательств перед

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 15 из 21
--	--	--	---------------

займодателем по договору займа, Страховщик обязан возвратить Страхователю-физическому лицу полученную (полученные) страховую премию (страховые взносы) за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением Договора страхования, не превышающих десяти процентов от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов). Применительно к настоящему пункту расчет страховой премии, подлежащий возврату Страхователю производится с даты досрочного погашения займа, о чем Страхователь должен незамедлительно (в день погашения займа, но не позднее даты окончания срока действия Договора страхования) уведомить Страховщика.

Иные основания для расторжения Договора страхования, а также порядок его осуществления, предусмотрены Правилами и законодательством Республики Казахстан.

### **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 Страховщика(<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.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 16 из 21
--	--	--	---------------

**Приложение №1 к Правилам  
добровольного страхования жизни с  
телемедициной, утверждённых  
решением Совета директоров**

**№ 120226/1/1 от 12.02.2026 г.**

## **МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ**

Настоящая Медицинская программа страхования (далее – Программа) определяет объем, условия и порядок предоставления Застрахованному дистанционных медицинских услуг (телемедицина).

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

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 17 из 21
--	--	--	---------------

осуществления медицинской деятельность применяются соответствующие законодательные требования страны регистрации;

**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;

**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 смс-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 онлан- 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.

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 18 из 21
--	--	--	---------------

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

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 19 из 21
--	--	--	---------------

Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: 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 видеочамера 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»;

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 20 из 21
--	--	--	---------------

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, динамику, 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](http://www.darigeronline.kz)

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

	Правила добровольного страхования жизни с телемедициной (Пр-ДКС-04)	Издание 2: 12.02.2026 г. Введено в действие: 15.02.2026 г. Взамен издания 1: 16.08.2023 г.	Стр. 21 из 21
--	--	--	---------------

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 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 контактными данными, указанными 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.