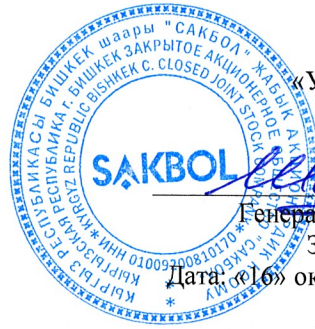




ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ

---



«УТВЕРЖДЕНО»

Генеральный директор  
ЗАО «САКБОЛ»  
Дата: 16 октября 2023 года

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На условиях настоящих Правил заключаются Договоры добровольного медицинского страхования между ЗАО «САКБОЛ» (далее по тексту - Страховщик) с одной стороны, и:

- ♦ юридическими лицами любых форм собственности, зарегистрированными и действующими в соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики (далее по тексту - Страхователями) с другой стороны, в пользу третьих лиц (далее по тексту - Застрахованных);
- ♦ физическими лицами (далее по тексту - Страхователи) с другой стороны, обладающими гражданской дееспособностью, в их пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту - Застрахованных).

Застрахованными по настоящим Правилам страхования могут быть граждане в возрасте от 1 до 65 лет, проживающие на территории Кыргызской Республики, стран СНГ, иностранные граждане, а также лица без гражданства.

В объем страховых обязательств по Договору добровольного медицинского страхования не включаются обязательства (медицинские услуги) по Договору обязательного медицинского страхования.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

2.2. Страховым случаем является факт обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение всего срока его действия за консультативной, профилактической, лечебной, неотложной, реабилитационной, фармацевтической и иной помощью (услугой), при условии включения ее в программу добровольного медицинского страхования, в случае острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления, других заболеваний, а также в случае возникновения вреда здоровью вследствие неправильных или некачественных действий медицинского персонала.

Страховым случаем признается факт обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение, помимо предусмотренных Договором страхования, в течение всего срока его действия, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком.

Медицинские услуги - это комплекс мероприятий или действий с использованием необходимых лабораторных, диагностических и медикаментозных средств, выполняемых медицинскими работниками и направленными на выявление, лечение заболевания и восстановление здоровья Застрахованного.

2.3. Страховым случаем не является обращение Застрахованным за получением медицинской помощи

а) не предусмотренной программой страхования;

б) в связи со следующими обстоятельствами:

- ♦ травматическим повреждением или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным умышленного преступления;
- ♦ умышленным причинением себе телесных повреждений; покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- ♦ острыми патологическими состояниями и травмами, возникшими и полученными в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- ♦ травмами и заболеваниями в результате лучевого облучения;

 2

- ◆ заболеваниями и травмами, полученными во время военной службы или боевых действий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, экологических катастроф и стихийных бедствий.
- ◆ заболеваниями и травмами, лечение которых оплачено другими организациями или предоставлено бесплатно.
- ◆ обследованием и лечением, не предписанным врачом или выполняемым по просьбе Застрахованного;

в) в медицинские учреждения, непредусмотренные Договором страхования, за исключением случаев, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком.

2.4. Если в период действия Договора страхования у Застрахованного выявлено заболевание, являющееся исключением для страховой оплаты, Страховщик гарантирует оказание симптоматической терапии в течение двух суток. На этом, действие страхового полиса приостанавливается, услуги по данному заболеванию не оплачиваются.

2.5. Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату медицинских услуг в стационарных и амбулаторных медицинских учреждениях, определенных Договором страхования, в соответствии с конкретной программой и перечнем услуг, выбранных Страхователем при заключении Договора страхования.

2.6. Страховая медицинская программа (в дальнейшем - программа) содержит перечень медицинских и/или иных услуг, которыми может пользоваться Застрахованный при обращении в медицинское учреждение.

Программы страхования могут включать в себя:

- Поликлиническое обслуживание;
- Экстренная и плановая госпитализация (по показаниям);
- Стоматология;
- Скорая и неотложная медицинская помощь;
- Вызов врача на дом;
- «Эффективная защита от гриппа»;
- Программы страхования детей.

Программы добровольного медицинского страхования и перечень медицинских учреждений могут быть скорректированы и дополнены индивидуально с учетом требований и пожеланий Страхователя.

### **3. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК УПЛАТЫ**

3.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по Договору страхования. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон, исходя из выбранной страховой медицинской программы, иных условий, предусмотренных Договором страхования, перечня и стоимости медицинских услуг ЛПУ, предусмотренных Договором страхования и указывается в Договоре страхования.

3.2. Размер страховой премии, являющейся платой за страхование и уплачиваемой Страхователем по Договору страхования, устанавливается на основе страхового тарифа, рассчитанного Страховщиком, в зависимости от размера страховой суммы, срока страхования, пола, возраста Застрахованного, стоимости медицинских услуг ЛПУ, по результатам андеррайтинга в зависимости от других существенных обстоятельств, влияющих на степень страхового риска, и указывается в Договоре страхования.

3.3. Страховые взносы по настоящему Договору страхования могут уплачиваться:

- а) единовременно за весь срок страхования, или в рассрочку;
- б) наличными деньгами представителю Страховщика (в кассу Страховщика) или перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Порядок и форма уплаты устанавливаются по согласованию сторон и определяются в Договоре.

3.4. Перечень медицинских услуг и предельный уровень страхового обеспечения (стоимости оказания медицинских услуг при наступлении страхового случая) по Договору страхования определяется Страхователем индивидуально, но не может быть ниже минимального уровня, установленного Страховщиком по конкретной программе добровольного медицинского страхования.

3.5. По истечении десяти дней просрочки в уплате Страхователем страхового взноса Страховщик имеет право приостановить действие Договора страхования в одностороннем порядке, письменно уведомив об этом Страхователя, и уведомить медицинские учреждения, с которыми у него заключены Договоры, о приостановлении оказания услуг по страховым полисам и карточкам. В период приостановления Договора добровольного медицинского страхования Страховщик не возмещает расходы по оказанию медицинской помощи Страхователю (Застрахованному). После уплаты Страхователем страхового взноса за весь срок просрочки действие Договора страхования возобновляется. Расходы Страховщика, связанные с приостановлением Договора страхования и его возобновлением, возмещаются Страхователем.

3.6. Страховщик оставляет за собой право пересматривать размер страхового взноса в соответствии с повышением тарифов на медицинские услуги лечебно-профилактическими учреждениями, уведомляя об этом Страхователя не менее чем за 20 дней до введения новых тарифов. При этом Страхователь должен уплатить дополнительный страховой взнос в течение 5 дней с момента получения уведомления. В противном случае период страхования сокращается до срока, фактически оплаченного Страхователем, рассчитанного на основании новых тарифов со дня их введения.

3.7. При определении размера страховой премии Застрахованному может быть предложено заполнение Медицинской анкеты. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить Застрахованного на медицинское обследование. В случае отказа Застрахованного от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования. В случае сообщения Страхователем заведомо ложной информации при заключении Договора страхования, Страховщик вправе потребовать признания такого Договора недействительным с момента его заключения.

#### **4. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ**

4.1. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя. Форма заявления устанавливается Страховщиком.

4.2. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями Договора не предусмотрено иное.

4.3. Страховщик принимает решение о заключении Договора страхования в течение семи рабочих дней с момента получения заявления.

4.4. Договор страхования с юридическим лицом оформляется путем составления одного документа - Договора страхования, подписанного сторонами. К Договору страхования прилагаются:

- ◆ программа страхования;
- ◆ перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинской помощи;
- ◆ списки Застрахованных лиц по установленной форме;
- ◆ страховой полис (страховая карточка) для каждого Застрахованного, удостоверяющая право на получение медицинских услуг по Договору страхования, если условиями Договора не предусмотрено иное.

4.5. При заключении Договора страхования с физическим лицом оформляется Страховой полис. К полису прилагаются:

- ◆ Правила страхования, как в полном изложении, так и в сокращении (выдержки);
- ◆ программа страхования;
- ◆ перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской помощи;
- ◆ страховая карточка, удостоверяющая право Застрахованного на получение медицинских услуг, если условиями Договора не предусмотрено иное.

4.6. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил и/или о дополнении Договора страхования положениями, не противоречащими действующему законодательству Кыргызской Республики.

#### **5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

5.1. Права и обязанности Страхователя:

5.1.1. Страхователь имеет право:

- ◆ требовать от Страховщика соблюдения положений Договора страхования в соответствии с условиями, на которых он был заключен;
- ◆ расширить список Застрахованных лиц, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования. В этом случае Страхователь предоставляет Страховщику сведения о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них взносы за период с момента их включения в список Застрахованных, до момента окончания срока действия основного Договора страхования. При этом страховые взносы за неполный месяц уплачиваются как за полный. Страховщик выдает Страхователю карточки на вновь Застрахованных;
- ◆ в течение срока действия Договора страхования расширить перечень медицинских услуг и предельный уровень страхового обеспечения, гарантируемых Договором страхования, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к Договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительного страхового взноса;
- ◆ произвести замену Застрахованных лиц (с их письменного согласия) другими лицами без увеличения числа Застрахованных. Для этого необходимо представить Страховщику сведения об исключаемых из списка и включаемых в него Застрахованных лиц по установленной форме. При этом Страхователю возвращаются страховые взносы за лиц, исключаемых из списка Застрахованных, исчисленные пропорционально за неистекший к моменту досрочного прекращения срок действия Договора страхования, за вычетом расходов Страховщика, а Страхователь уплачивает страховой взнос за лиц, включаемых в список Застрахованных. Данная замена происходит путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования, которое начинает действовать со дня уплаты дополнительного страхового взноса, если дополнительным соглашением не предусмотрено иное.
- ◆ досрочно расторгнуть Договор страхования, уведомив об этом Страховщика письменным заявлением не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора страхования.

#### 5.1.2. Страхователь обязан:

- ◆ своевременно и в полном размере уплачивать страховые взносы, обусловленные Договором страхования;
- ◆ предоставить Страховщику всю необходимую информацию для заключения Договора страхования;
- ◆ обеспечить сохранность документов по Договору страхования и не передавать их другим лицам с целью получения медицинских услуг;

#### 5.2. Права и обязанности Застрахованного:

##### 5.2.1. Застрахованный имеет право:

- ◆ на получение и оплату медицинской помощи и услуг в медицинских учреждениях в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования;
- ◆ требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;
- ◆ получить дубликат страхового полиса и/или страховой карточки в случае его утери;
- ◆ получить разъяснения о Правилах страхования, условиях Договора страхования, порядке предоставления медицинских услуг;
- ◆ сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного или некачественного предоставления медицинских услуг.

##### 5.2.2. Застрахованный обязан:

- ◆ соблюдать предписания лечащего врача в период оказания медицинской помощи и установленный медицинским учреждением распорядок;
- ◆ заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения последними медицинских услуг;
- ◆ предоставлять Страховщику достоверные сведения согласно п. 3.7, необходимые для заключения Договора страхования
- ◆ соблюдать правила страхования.

#### 5.3. Права и обязанности Страховщика:

##### 5.3.1. Страховщик имеет право:

- ◆ проверять представленную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора;

*Handwritten signature or mark in blue ink.*

*Handwritten signature in blue ink.*

- ◆ отказать в оплате медицинских услуг, обращение за получением которых не является страховым случаем, в соответствии с пп. 2.3. а) б), в);
- ◆ досрочно расторгнуть Договор страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных, при несоблюдении Страхователем (Застрахованным) условий Договора страхования, письменно уведомив об этом Страхователя не менее чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора страхования.
- ◆ на основании письменного заявления Застрахованного лица (Страхователя) и соответственного решения по этому поводу экспертной комиссии осуществить перевод на обслуживание в другое медицинское учреждение в случае необоснованного отказа медицинского учреждения в предоставлении застрахованному лицу услуг, предусмотренных договором страхования, или неполного и некачественного их исполнения.

#### 5.3.2. Страховщик обязан:

- ◆ ознакомить Страхователя с Правилами страхования;
- ◆ своевременно выдать Страхователю страховой полис, страховые карточки;
- ◆ обеспечить предоставление Застрахованным медицинских услуг, определенных Договором страхования. Если медицинское учреждение не выполнило своих обязательств по объему и качеству оказания медицинских услуг, по согласованию с Застрахованным ему предоставляется медицинская помощь в другом медицинском учреждении без дополнительной оплаты;
- ◆ при наступлении страхового случая произвести оплату стоимости медицинских услуг;
- ◆ осуществлять контроль за медицинским обслуживанием Застрахованных;
- ◆ обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

5.4. Конкретным Договором страхования могут быть предусмотрены также другие, не противоречащие действующему законодательству Кыргызской Республики права и обязанности сторон.

## 6. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ

6.1. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в Договоре страхования, с момента уплаты страхового взноса (первого или единовременного).

Если Договором страхования не предусмотрено иное, Договор страхования вступает в силу:

- ◆ при уплате страхового взноса наличными деньгами - с 00 часов дня, следующего за днем его уплаты;
- ◆ при уплате страхового взноса путем безналичных расчетов - с 00 часов дня, следующего за днем его зачисления на расчетный счет Страховщика.

6.2. Страховая карточка выдается Страхователю (Застрахованному) после уплаты страхового взноса (первого или единовременного) в течение десяти дней. Застрахованный не может передавать свою Карточку какому-либо другому лицу, как не может передавать какому-либо лицу свои права и обязанности, вытекающие из Договора страхования.

6.3. При утрате страхового полиса или карточки Страхователь должен незамедлительно известить об этом Страховщика любым доступным способом. При этом действие страхового полиса для данного Застрахованного приостанавливается. Взамен утерянных документов Страховщик выдает дубликаты, возместив свои издержки за счет Страхователя. При вступлении дубликата в силу утерянный полис считается недействительным, и никакие обязательства по нему не исполняются.

6.4. В договоре страхования может быть установлен период ожидания. Период ожидания – это промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного лица за медицинскими услугами не является страховым случаем. Ответственность Страховщика по договору страхования начинается по окончании периода ожидания.

## 7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

7.1. При наступлении страхового случая, предусмотренного п. 2.2. настоящих Правил и программами медицинского добровольного страхования, оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному, определяется стоимостью настоящих услуг и не может превышать страховой суммы, указанной в Договоре страхования.

Оплата медицинских услуг производится на основании счета медицинского учреждения за оказание медицинских услуг путем перечисления по безналичному расчету денежных средств на расчетный счет медицинского учреждения, либо посредством наличной компенсации Застрахованному его документально подтвержденных затрат по оплате медицинских услуг, полученных в указанных в Перечне медицинских учреждениях и включенных в конкретную программу добровольного медицинского страхования, если это условие оговорено в

 6

Договоре, и если организация этих услуг была согласована со страховой компанией. Основанием для выплат в этом случае является заявление Застрахованного (Страхователя) с приложением к нему документов, подтверждающих оплату медицинских услуг (счет, квитанции и др.). При этом, возмещение производится не выше средней стоимости аналогичных услуг в медицинских учреждениях, указанных в договоре страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.2. Предусмотренные Договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим Договорам страхования.

7.3. Предоставление медицинских услуг, обусловленных Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, с которыми Страховщик состоит в Договорных отношениях.

При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляются страховая полис или страховая карточка, выданные Страховщиком, а также паспорт или другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

7.4. Условиями Договора страхования по соглашению Сторон может устанавливаться неоплачиваемая Страховщиком часть затрат, связанных с получением Застрахованным медицинских услуг, предусмотренной соответствующей программой страхования (франшиза).

7.5. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования.

7.6. При заключении договора страхования на срок менее одного года страховая премия оплачивается в следующем размере:

при страховании на срок до 3-х месяцев – 50% от размера годовой страховой премии;

при страховании на срок от 3-х до 6-и месяцев – 65% от размера годовой страховой премии;

при страховании на срок от 6-и до 9-и месяцев – 75% от размера годовой страховой премии;

при страховании на срок более 9 месяцев – 100% от размера годовой страховой премии, если договором страхования не оговорено иное.

## 8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается, и/или Застрахованный теряет право на получение медицинских услуг по Договору страхования в случаях:

- ◆ истечения срока действия Договора страхования;
- ◆ смерти Застрахованного;
- ◆ по требованию (инициативе) Страховщика - в случае нарушения Страхователем Правил страхования, а также невыполнения Застрахованным и Страхователем обязанностей, предусмотренных п. 5.1.2. и п. 5.2.2.;
- ◆ по требованию (инициативе) Страхователя - в случае нарушения Страховщиком Правил страхования;
- ◆ ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством;
- ◆ при неуплате Страхователем очередного страхового взноса по истечении 10 дней после получения соответствующего уведомления от Страховщика;
- ◆ ликвидации Страхователя - юридического лица, в случае если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате взноса;
- ◆ в других случаях, предусмотренных законодательством Кыргызской Республики.

8.2. Во всех случаях прекращения Договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис и страховую(ые) карточку(и), действие которых прекращается.

8.3. В случае отказа Страхователя от Договора, а также в случае смерти Застрахованного, Страховщик производит возврат страховой премии за истекший срок действия Договора страхования, за вычетом понесенных расходов при условии, что Договор заключен на срок не менее года и оплачен полностью.

8.3.1. В случае индивидуального страхования граждан размер страховых взносов, подлежащих возврату (ВВ), рассчитывается по формуле:

$$ВВ = (0,8 \times П - В) \times (1 - В_m/100)$$
, где М - количество месяцев, в течение которых Договор продействовал (неполный месяц считается за полный), П - сумма уплаченной страховой премии за 1 год страхования, В - сумма оплаченной стоимости медицинских услуг, величина  $V_m$  определяется по таблице в зависимости от М:



7

<i>M</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>
<i>V<sub>M</sub></i>	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95	100

8.3.2.В случае коллективного страхования сотрудников предприятий размер страховых взносов, подлежащих возврату (ВВ), рассчитывается по формуле:

$$ВВ = (0,8 \times П-В) \times (1-M/12), \text{ обозначения см. в п. 8.3.1.}$$

Возврат части страховых взносов производится Страхователю на основании его заявления, полиса (Договора), документа, удостоверяющего личность получателя.

## 9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1.Качество оказания Страхователю (Застрахованным) медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика. Спорные вопросы, возникающие в процессе получения этих услуг Страхователем (Застрахованными), решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страховщика и независимые эксперты.

9.2.Споры по Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Кыргызской Республики.

## 10.ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

10.1.Выдача необходимой медицинской документации - листка нетрудоспособности, рецептов (кроме льготных и бесплатных), выписных эпикризов, санаторной книжки производится по окончании лечения на общих основаниях согласно действующему законодательству.

10.2.Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения. Страховщик имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного.

10.3.Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики.

## Тарифы

Страховые тарифы определяются в зависимости от Программы в размере от 2% до 9 % от лимита страхования, который определяется по соглашению сторон договора страхования. Размер тарифа зависит от степени риска, рода деятельности предприятия, срока договора, а также возможного применения франшизы.

